

Services des archives

310, rue de l'Église, Donnacona, Qc G3M 1Z8
Téléphone : 418-285-2600 poste 5073, Télécopieur : 418-285-2738, Courriel : archives@csspportneuf.gouv.qc.ca
Heures d'ouverture : Du lundi au vendredi, de 8h 00 à 12h 00 et de 13h 00 à 16h 00

IDENTIFICATION		
Nom et prénom de l'élève :	Date de naissance : AAAA-MM-JJ	Code permanent (si connu) :
Nom et prénom du père :	Adresse complète :	
Nom et prénom de la mère :		
Courriel :	Télécopieur :	Téléphone :
RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES DEMANDÉS		
Nom de la dernière école fréquentée :	Dernière année scolaire de fréquentation (ex. 1999-2000) :	
Type de formation: <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Professionnelle	Niveau atteint :	
Document(s) demandé(s) - copie conforme à l'original <input type="checkbox"/> BULLETIN(S) <input type="checkbox"/> ATTESTATION(S) (provisoire de réussite, de formation, de participation)		
Renseignement(s) demandé(s) – sous forme d'attestation <input type="checkbox"/> FRÉQUENTATION SCOLAIRE (écoles fréquentées – années scolaires – degré – langue d'enseignement lorsqu'anglophone, etc. - précisez) : _____ <input type="checkbox"/> CODE PERMANENT <input type="checkbox"/> IDENTIFICATION (renseignements nominatifs contenus dans nos registres – date de naissance, épellation du nom/prénom, adresse, etc. - précisez) : _____		
Mode(s) de transmission demandé(s) <input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> TÉLÉCOPIEUR* <input type="checkbox"/> COURRIEL* <input type="checkbox"/> EN PERSONNE** <input type="checkbox"/> PROCURATION** (personne désignée : _____)		
<p>*Les documents envoyés par courriel ou télécopieur ne seront pas reconnus comme étant des documents officiels. Pour les documents transmis par courriel vous devez autoriser le CSSDP à vous transmettre vos renseignements personnels par courriel en le mentionnant et en écrivant votre nom au complet au bas du courriel que vous renverrez. Vous devez savoir que la confidentialité des informations est moins garantie lors de transmission d'informations par courriel. Si vous acceptez malgré tout la transmission par courriel, bien vouloir le mentionner de la façon suivante dans votre courriel :</p> <p>Moi _____(votre nom complet)_____j'autorise le Centre de services scolaire de Portneuf à me remettre __ (inscrire le type de renseignement) _ à l'adresse courriel suivante : _____(adresse courriel du demandeur)_____.</p> <p>Votre nom complet</p>		
<p>**La présentation d'une pièce d'identité valide avec photo est requise.</p> <p>La transmission par courriel de cette demande par prise en photo est permise lorsque jointe à un courriel avec votre nom complet inscrit au bas du courriel en guise de signature.</p>		
CONDITIONS D'ACCÈS		
<input type="checkbox"/> J'atteste être la personne indiquée et je déclare que les renseignements fournis sont exacts. <input type="checkbox"/> J'autorise le Centre de services scolaire de Portneuf à utiliser les renseignements personnels contenus dans cette demande à des fins administratives et à me transmettre les renseignements scolaires me concernant suivant les modalités susmentionnées.		
Signature du requérant :	Date : _____	
DÉLAI DE TRAITEMENT : Veuillez noter que nous disposons d'un délai de 20 jours suivant la réception de la demande pour en effectuer le traitement, conformément aux dispositions légales applicables (L.R.Q. c. A-2.1) art. 98. Par ailleurs, toute demande d'accès peut être soumise au responsable de l'accès à l'information au Secrétariat général du CSSDP.		