CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS



Tél: (450) 692-0595 Fa

Date:

Fax: (450) 692-2601 Sans frais: 1 866 692-2601 Courriel: info@verific	ationexcelle.com			
Madame, Monsieur,				
J'autorise les représen ou une firme mandaté auprès du Ministère de d'une vérification pou	e par celle-ci, à pr e l'Éducation ou c	océder à une vé le l'établisseme		
Par conséquent, j'auto mon dossier scolaire e Je comprends que ma des fins d'identification	en vertu des lois s date de naissance	sur l'information	n et la protection	de la vie privée.
Je comprends que confidentielles et sero inscrite ci-dessus où j	ont consultés à 1	'usage exclusif		
J'atteste que les rens véridiques et complets de ma candidature.	_			
Niveau de scolarité :				
☐ AENS ☐ DES	☐ DEP	☐ AEC	☐ DEC	
□ DESS □ CERT	IFICAT	\square BAC	Autre :	
Nom de famille :	Prénom :			
Deuxième prénom :				
Date de naissance :	jour	m	ois	année
Nom de l'institution :				
Adresse:	ville		·····	2016
D	vine	pro	ovince	pays
Programme : Année d'obtention du	diplôme :	Numéro étu	ıdiant :	
Signature :				