Centre
de services scolaire
de la Capitale
Québec

Secrétariat général et direction
de l'information et des communications

Procuration

Secteur de la gestion documentaire et archives

Je, soussignée(e)_____
prénom et nom du demandeur

demeurant actuellement au_____
adresse complète

autorise_____
prénom, nom et lien avec le demandeur

à prendre possession de mes documents scolaires, dont j'ai préalablement fait la demande au Centre de services scolaire de la Capitale.

Signature du demandeur	Nº de téléphone	date

Signature du représentant	Nº de téléphone	date

Cette autorisation est valable pour une durée de_____ jours, à compter de la date de la signature.

Lorsque ce formulaire est rempli et signé vous pouvez le numériser et le faire parvenir à :
archives@cscapitale.qc.ca
ou nous le remettre en main propre à nos bureaux lorsque vous viendrai récupérer les documents demandés.

125, rue des Commissaires Ouest
Québec (Québec) G1K 1M7
Téléphone : 418 686-4040
Télécopieur : 418 525-8168
archives@cscapitale.qc.ca
www.cscapitale.qc.ca