

Soutien scolaire après l'école

NOM DE FAMILLE DE L'ÉTUDIANT	PRÉNOM DE L'ÉLÈVE
DATE DE NAISSANCE	LANGUE D'ORIGINE
NIVEAU	ÉCOLE
NOM DE FAMILLE DU PARENT/TUTEUR	PRÉNOM DU PARENT/TUTEUR
RELATION	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
RELATION	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
☐ Oui, j'autorise le district scolaire de Lansing à utiliser des photos et/ou des vidéos de cet élève à des fins promotionnelles via la diffusion, l'impression ou les réseaux sociaux.	
☐ Oui, cet élève est autorisé à participer au soutien scolaire après l'école	
SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR	DATE

