

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE PROTECTION OF PRIVACY



Date

Nom et prénom *Last and First Names*

Numéro étudiant *Student Number*

Je donne permission à (parents/tuteurs/autres) :
I agree that (parents/guardians/other):

d'avoir accès à toutes les information financières qu'ils désirent sur mon compte étudiant à l'Université Sainte-Anne;

have permission to access any financial information that they request about my student account at Université Sainte-Anne;

de **ne pas** avoir accès aux informations financières qu'ils désirent sur mon compte étudiant à l'Université Sainte-Anne;

do not *have permission to access any financial information that they request about my student account at Université Sainte-Anne;*

d'être contactés en cas de problème de santé;

have permission to be contacted in case of a health problem;

de **ne pas** être contactés en cas de problème de santé.

do not *have permission to be contacted in case of a health problem.*

Cette entente demeure en vigueur jusqu'à indication contraire par écrit.

This agreement will stay in effect until written notification of termination is received.

Signature de l'étudiant *Student Signature*

Autorisation de l'université

Numéro de téléphone de la personne autorisée
Authorized person's phone number

Courriel de l'étudiant *Student email address*