

Autorisation à communiquer des renseignements

Je, soussigné-e, _____
Prénom et nom

Résidant au _____
Adresse domiciliaire

Adresse courriel

Numéro de téléphone

En ma qualité de _____
Personne qui reçoit les services, parent(s), représentant-e légal-e

Autorise _____
Nom de l'organisme et/ou de l'intervenant

À faire parvenir à _____
Nom de l'organisme et/ou de l'intervenant-e

Adresse courriel

Numéro de téléphone

Les renseignements suivants :

Rapport d'évaluation	Notes évolutives
Rapport synthèse	Autre : _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante :

Inscrire les dates

Et concernant les informations contenues dans le dossier de la personne suivante :

Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Cette autorisation est valable pour une période de ____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

Pour révoquer cette autorisation, veuillez s'il vous plaît en faire la demande par écrit à l'intervenant-e concerné-e.

Signature de la personne autorisée

Date

Signature de la personne témoin

Date