

Demande d'accès au dossier

Je, soussigné-e, _____
Prénom et nom

Né-e le, _____
Date de naissance

Résidant au _____
Adresse domiciliaire

Adresse courriel

Numéro de téléphone

Souhaite recevoir une copie de mon dossier incluant les informations suivantes:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rapport d'évaluation | <input type="checkbox"/> Notes évolutives |
| <input type="checkbox"/> Rapport synthèse | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

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

Inscrire les dates

Informations complémentaires (optionnel) :

Signature du client ou de la cliente

Date

Signature de l'intervenant-e

Date de réception de la demande