

Autorisation de communiquer des renseignements

Je, soussigné.e, _____
Prénom et nom

Résidant au _____
Adresse domiciliaire

_____ Numéro de téléphone
Adresse courriel

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

_____ Numéro de téléphone
Adresse courriel

Les renseignements suivants :

☐ Rapport d'évaluation

☐ Notes évolutives

☐ Rapport synthèse

☐ Autre : _____

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

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