

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.

Un délai de 15 jours est applicable à la transmission de renseignements à un tiers, délai pendant lequel vous pouvez révoquer votre consentement. Toutefois, en cas d’urgence, vous pouvez renoncer au délai de 15 jours pour la transmission des renseignements.

Je renonce au délai de 15 jours : ☐ oui ☐ non

Initiales de la personne autorisée : _____

Signature de la personne autorisée
Date

Signature de la personne témoin
Date