

**AUTORISATION  
DE COMMUNIQUER  
DES RENSEIGNEMENTS  
CONTENUS AU DOSSIER**



Numéro de dossier à la clinique:		Numéro de dossier à l'hôpital:	
Nom et prénom			
NAM	Exp	Date de nais.	Sexe
Nom et prénom de la mère			
Nom et prénom du père			
Numéro de téléphone et poste		Numéro de téléphone et poste	
Adresse			
Courriel			

Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_  
Nom et adresse

En ma qualité de \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement \_\_\_\_\_

À faire parvenir à \_\_\_\_\_

Les renseignements suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de 60 jours à compter de la date de la signature de ce document.

\_\_\_\_\_  
Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
Date		

\_\_\_\_\_  
Témoign à la signature

Année	Mois	Jour
Date		

**N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.**