



DT9060

Date de naissance :

Année	Mois	Jour

No dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Numéro de téléphone : _____

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

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'usager ci-dessus identifié.

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

Signature : usager ou personne autorisée

Date :

Année	Mois	Jour

Témoïn à la signature

Date :

Année	Mois	Jour

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.