

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 



EST10150

N° Dossier

Nom, Prénom

Adresse actuelle de l'utilisateur

N° de la RAMQ

Date de naissance

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Documents requis avant le : \_\_\_\_\_ (Le délai peut ne pas être respecté en raison du volume de demandes reçues)

Viendra chercher aux archives    Rappeler au : \_\_\_\_\_

J'autorise \_\_\_\_\_ à venir chercher mes photocopies

À poster (Veuillez indiquer l'adresse complète du destinataire à la ligne : **À faire parvenir à**)

J'accepte de payer les frais, s'il y a lieu. Veuillez m'aviser si les frais s'élèvent à plus de : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père

Nom et prénom de la mère

Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du demandeur

En ma qualité de \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée (titre)

Autorise l'installation : \_\_\_\_\_ du CEMTL

À faire parvenir à \_\_\_\_\_  
Adresse complète du destinataire

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)

**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.**

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

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES