

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



Nom et prénom à la naissance	
Nom actuellement utilisé	
Adresse actuelle de l'utilisateur	
No de la RAMQ	Date de naissance

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

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 \_\_\_\_\_ jours à compter de la date de la signature de ce document.**

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Témoignage à la signature

\_\_\_\_\_  
Date