

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

2500, boul. de l'Université
Sherbrooke, Québec, J1K 2R1

Téléphone : (819- 821-7667
Télécopieur : (819) 821-7577

Nom et prénom à la naissance

Nom actuellement utilisé

Adresse actuelle de l'utilisateur

N° de la RAMQ

Date de naissance

Année	Mois	Jour

Nom et prénom du père

Je, soussigné-e, _____
Nom et adresse

Autorise l'établissement _____

À faire parvenir à _____

Service de santé, Université de Sherbrooke, 2500, boul. Université, Sherbrooke, Qc. J1K 2R1

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 90 jours à compter de la date de la signature de ce document.

N.B. : TOUS LES COÛTS, S'IL Y A LIEU, SONT AUX FRAIS DU PATIENT

Signataire usager ou personne autorisée

| Année | Mois | Jour

| | | | | | | |

Témoin du signataire

| 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.