

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

Nom et prénom :		Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / /
Adresse :		
Ville/Province :	Code postal :	N° de la RAMQ :

Père (nom et prénom) :	Mère (nom et prénom) :
Autres noms utilisés antérieurement :	

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_  
(Nom et adresse)

en ma qualité de \_\_\_\_\_  
(Patient 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 du patient ci-dessus identifié.

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

Signataire (patient ou  
personne autorisée) : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : / /

Témoin à la signature : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : / /

**Merci de bien vouloir joindre, en pièce jointe de ce document, une copie de votre permis de conduire.**