



\*DT9060\*



\*HOPITAL06C\*

**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.**

	Année	Mois	Jour
Signataire : usager ou personne autorisée	Date		

	Année	Mois	Jour
Témoin à la signature	Date		

**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.**

