



Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 NAM : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Date de naissance : _____
 Nom de la mère : _____
 Nom du père : _____

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER
 DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER MÉDICAL DE L'USAGER**

Je, soussigné(e) _____

En ma qualité de :

- Usager Titulaire de l'autorité parentale Représentant légal (*joindre une preuve de votre titre*)

Autorise l'établissement :

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
 Autre (préciser) : _____

À communiquer à _____

Les renseignements suivants :

Pour les soins ou services se rapportant à la période suivante : _____

Mode de transmission :

- En personne Télécopieur : _____
 Adresse postale : _____
 Courriel : _____

**Si les documents sont requis pour un rendez-vous médical, veuillez nous indiquer la date de celui-ci :*

(AAAA - MM - JJ) _____

Signature de l'utilisateur : _____
 (ou de son représentant légal)

Date : _____
 AAAA - MM - JJ

Signature du témoin : _____

Date : _____
 AAAA - MM - JJ