



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

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

DEMANDE DE RECTIFICATION 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)
 Autre (préciser) : _____

Autorise : le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) à rectifier les informations ci-dessous.

Veillez inscrire : Les informations à rectifier - Nom et type de documents concernés - Date des documents nommés

Raison(s) de la demande de rectification :

⇒ Si l'espace est insuffisant sur le formulaire, vous pouvez utiliser le verso du formulaire ou une page vierge.

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____
(ou de son représentant légal) AAA - MM - JJ

Signature du témoin : _____ Date : _____
AAAA - MM - JJ