



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