

## AUTORISATION DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS

A QUI DE DROIT,

Jesoussigné(e), \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_ **Nom**,  
né(e) le \_\_\_\_\_ et résidant et domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Adresse1 \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ CodePostal \_\_\_\_\_

AUTORISE M<sup>e</sup> \_\_\_\_\_ (NOM AVOCAT), faisant affaire au \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (ADRESSE COMPLÈTE), et  
pouvant être joint au \_\_\_\_\_ (No. TÉLÉPHONE) à :

- COMMUNIQUER avec les autorités médicales de \_\_\_\_\_
- COMMUNIQUER avec le Dr. \_\_\_\_\_
- COMMUNIQUER avec les archives médicales de l'hôpital \_\_\_\_\_
- COMMUNIQUER avec les autorités scolaires de \_\_\_\_\_

afin d'obtenir toutes les informations nécessaires à la bonne marche de mon dossier;

Et sans restreindre la généralité de ce qui précède, j'autorise également M<sup>e</sup> \_\_\_\_\_  
(nom de l'avocat) à OBTENIR COPIE de tout document concernant mon dossier qu'il jugera nécessaire ou approprié  
d'obtenir;

Et j'ai signé, à \_\_\_\_\_ VILLE, ce jour de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom de la partie