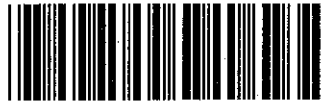


**AUTORISATION  
DE COMMUNIQUER  
DES RENSEIGNEMENTS  
CONTENUS AU DOSSIER**



DT9060

Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'usager			
N° de la RAMQ	Date de naissance Année	Mois	Jour

N° de dossier : \_\_\_\_\_ Date d'admission : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_  
Nom et adresse

En ma qualité de Usager \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement \_\_\_\_\_

À faire parvenir à Centre de procréation assistée du CHU Sainte-Justine  
Fax : 514 345-4914 \*S.v.p. ne pas envoyer par la poste

Les renseignements suivants : Dossier antérieur de fertilité

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.

\_\_\_\_\_  
Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____
Date		

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____
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.**