



Centre de prévention
du suicide de Montréal

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Date de la demande

Je, soussigné.e,

Prénom

Nom

Information de contact (courriel et téléphone)

Adresse postale

Ville

Code Postal

En ma qualité de

USAGER.ÈRE

PERSONNE RESPONSABLE

Autorise l'établissement

à faire parvenir à

MOI-MÊME

LA PERSONNE CI-DESSOUS

Prénom

Nom

Courriel

Adresse postale

Ville

Code Postal

Les renseignements suivants, au format :

Papier, par la poste

PDF, par courriel

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

Contenus dans le dossier 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.ère ou personne autorisée

En ce _____^e jour du mois de _____, _____

Centre de Prévention du Suicide de Montréal

2815 rue Sherbrooke Est Ligne administrative : 514 723-3594
Montréal (Québec) Intervention : 1 866 APPELLE (277-3553)
H2K 1H2 Courriel : info@cpsmontreal.ca

cpsmontreal.ca