

AUTORISATION POUR L'OBTENTION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Date.....

La présente vous autorise à communiquer à..... ,
ou à son représentant, tout renseignement que vous possédez concernant mon état de santé pendant
que j'étais observé, soigné ou traité par vous en tout temps, y compris mes antécédents et mes
résultats médicaux, les consultations, prescriptions, radiographies, traitements, rapports de
consultation spécialisée, diagnostics et pronostics et copies de tout dossier hospitalier ou médical.

Nom.....

Signature

Témoïn :

Nom

Signature