



CONSETEMENT POUR LA DIVULGATION DE L'INFORMATION

Je/nous, soussigné(e)(s)

_____ vivant au
_____ consens(tons), par la présente, à la divulgation ou
la transmission verbale ou par écrit de mon dossier à :

☐ Ontario au travail / POSPH

☐ Médecin

☐ Psychiatre

☐ Avocat(e) / Notaire

☐ Conseiller(ère) de l'aide à l'enfance

☐ Famille

☐ Autre (précisé)

Le présent consentement restera en vigueur jusqu'au:

Date (j/m/a)

On m'a informé de la nature de ce consentement et j'en comprends la nature.

Fait le _____

Date (j/m/a)

Client(e)

Témoin(e)