



Orthophonie de la Capitale
Siège social
9030 Boul. de l'Ormière, suite 205
Québec (Qc) G2B 3K3
(418) 476-5768

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (JJ / MM / AAAA) : _____ Sexe : M F

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Parent/tuteur 1 (nom, prénom) : _____

Numéros de téléphone

Principal : _____ Travail : _____

* Parent/tuteur 2 (nom, prénom) : _____

Numéros de téléphone

Principal : _____ Travail : _____

Je, soussigné :

prénom et nom de famille du parent ou de la personne autorisée

Autorise :

Orthophonie de la Capitale

À recevoir de/transmettre à :

nom du professionnel et/ou titre de l'établissement

Toute information ou document pertinents et bénéfiques au processus d'intervention/
d'évaluation de :

nom de l'enfant

Signature :

parent ou personne autorisée

Date :

JJ / MM / AAAA