



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