

(L'élaboration de cet outil s'est inspirée d'un formulaire existant dans le réseau de la santé et des services sociaux)

**AUTORISATION
DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS
CONTENUS AU DOSSIER**

Identification de l'utilisateur du transport adapté

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de dossier (T.A.) : _____

Je, soussigné-e (nom et prénom) _____

En ma qualité de (indiquer *usager* ou son *mandataire*) _____

Autorise (par ex. : nom de l'org. de transport) _____

À faire parvenir à (par ex. : nom du contractant en transport) _____

Les renseignements suivants : _____

Cette autorisation est valable pour une période de 30 jours, à compter de la date de la signature de ce document.

Signature de l'utilisateur ou son mandataire

Date

Témoignage à la signature

Date

**N.B. : L'original du formulaire complété et signé doit être conservé au dossier de l'utilisateur
Une copie de ce formulaire complété et signé doit être remise à l'utilisateur du transport adapté**

Veillez envoyer le formulaire à l'adresse suivante :

Société de transport de Sherbrooke
Transport adapté
895, rue Cabana
Sherbrooke (Québec) J1K 2M3