



## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

### Je soussigné (demandeur) autorise :

**Coopérative des paramédics de l'Outaouais**

505, boulevard des Affaires,  
Gatineau (Québec) J8R 0B2  
Tél. : 819 643-5005

Courriel : [accesinfo@paramedic.coop](mailto:accesinfo@paramedic.coop)

### À faire parvenir à :

Nom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance-maladie (RAMQ) :

Adresse :

Courriel :

Téléphone :

### Une copie des documents suivants (*indiquer la date de l'événement*):

---

---

---

---

---

---

---

---

### Demandeur :

même que ci-dessus ou

Nom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance-maladie (RAMQ) :

Adresse :

Courriel :

Téléphone :

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

N.B. Dans les cas d'une personne incapable de donner un consentement valable, cette demande doit être signée par le curateur de la personne ou le représentant légal ou, s'il s'agit d'un enfant de moins de 16 ans, par le père, la mère ou le tuteur de cet enfant. Une preuve à cet effet doit être fournie avec la demande.