**CONSENTEMENT À LA DIVULGATION ET À L’ÉCHANGE D’INFORMATIONS   
ET DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Organisation ou intervenant souhaitant divulguer et/ou échanger l’information personnelle

Organisation ou intervenant recevant les informations

Je soussigné(e), Prénom Nom, consens à ce que le ou les intervenants de Organisation ou intervenant souhaitant divulguer et/ou échanger l’information personnelle, divulguent, communiquent et échangent des données pertinentes contenues dans mon dossier médical ou autre, à préciser, avec le ou les intervenants œuvrant pour Organisation ou intervenant recevant les informations.

Également, je consens à ce que le ou les intervenants œuvrant pour Organisation ou intervenant recevant les informations divulguent, communiquent et échangent des données pertinentes contenues dans mon dossier médical ou autre, à préciser constitué auprès de cette organisation avec le ou les intervenants de organisation.

En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à la divulgation et à l’échange d’informations.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne faisant signer le formulaire Date