

## Autorisation de transmettre une copie du dossier

Numéro d'assurance maladie	Numéro de dossier IVAC	Date de naissance Année Mois Jour
----------------------------	------------------------	--------------------------------------

### Identification de la personne victime ou du sauveteur

Nom	Prénom
-----	--------

#### Adresse

Numéro	Rue	Appartement
--------	-----	-------------

Case postale	Ville / Municipalité
--------------	----------------------

Province / État	Pays	Code postal
-----------------	------	-------------

Nom du père
-------------

Nom de la mère
----------------

### Remplir un formulaire d'autorisation pour chaque organisme ou professionnel consulté.

#### Organisme (hôpital, CLSC, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom
Adresse complète
Documents demandés

#### Autorisation

L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans et plus ou par le tuteur s'ils ont moins de 14 ans. J'autorise par la présente le ou les détenteurs du dossier désignés dans ce formulaire à transmettre à la Direction de l'IVAC une copie des documents mentionnés ci-dessus.

Signature :

Date
Année Mois Jour

1711 (05-12)

## Autorisation de transmettre une copie du dossier

Numéro d'assurance maladie	Numéro de dossier IVAC	Date de naissance Année Mois Jour
----------------------------	------------------------	--------------------------------------

### Identification de la personne victime ou du sauveteur

Nom	Prénom
-----	--------

#### Adresse

Numéro	Rue	Appartement
--------	-----	-------------

Case postale	Ville / Municipalité
--------------	----------------------

Province / État	Pays	Code postal
-----------------	------	-------------

Nom du père
-------------

Nom de la mère
----------------

### Remplir un formulaire d'autorisation pour chaque organisme ou professionnel consulté.

#### Organisme (hôpital, CLSC, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom
Adresse complète
Documents demandés

#### Autorisation

L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans et plus ou par le tuteur s'ils ont moins de 14 ans. J'autorise par la présente le ou les détenteurs du dossier désignés dans ce formulaire à transmettre à la Direction de l'IVAC une copie des documents mentionnés ci-dessus.

Signature :

Date
Année Mois Jour

1711 (05-12)