

1. Inscrire les renseignements demandés dans les champs appropriés.	▶	2. Faire parvenir le document rempli à la Direction générale de l'IVAC : En ligne www.ivac.qc.ca Par la poste 1600, avenue d'Estimauville, CP 1400 Succ. Terminus Québec (Québec) G1K 0K2 Par télécopieur 1 888 927-0003
--	---	---

N° de dossier IVAC	N° d'assurance maladie	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Renseignements sur l'identité de la personne victime ou du sauveteur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom
Adresse du domicile		
Numéro	Rue	Appartement
Case postale	Ville/Municipalité	
Province/État	Pays	Code postal <input type="text"/>
Nom du père		
Nom de la mère		

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

Organisme (hôpital, CSSS, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom		
Inscrivez l'adresse complète		
Numéro	Rue	Appartement
Case postale	Ville/Municipalité	
Province/État	Pays	Code postal <input type="text"/>
Documents demandés		

AUTORISATION	<p>L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans ou 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.</p>
---------------------	---

Signature (Signer à la main la version imprimée) ▶	<input type="text"/>
--	----------------------