



Marie-Hélène Veilleux  
Psychologue

Adresse : 10807, avenue Millen  
Montréal (Québec)  
H2C 2E9  
Téléphone : 438-887-9623  
Courriel : mhveilleux@outlook.com

Date : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, autorise Marie-Hélène Veilleux, Ph.D. psychologue, à communiquer les renseignements suivants :

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

avec \_\_\_\_\_ dans un délai de 15 jours, applicable à partir de la date de signature de cette autorisation. Cette autorisation est valide pour les 90 jours suivant la mise en application.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je renonce au délai de 15 jours et souhaite que les renseignements soient transmis le plus rapidement possible.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Psychologue : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_