



**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS  
ENTRE PROFESSIONNELS ET/OU INTERVENANTS**

Je soussigné(e), (nom du locataire) :

Date de naissance :

No de ménage :

Autorise par la présente :

Fonction :

Organisme :

Adresse :

Téléphone :

**À DIVULGUER, À TRANSMETTRE ET À ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS  
CONTENUS DANS MON DOSSIER, AVEC LA PERSONNE MENTIONNÉE CI-APRÈS**

Les renseignements obtenus en vertu de cette autorisation seront gardés confidentiels et ne pourront être consultés que par les personnes autorisées, en conformité avec la **LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**.

Nom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Précision des renseignements divulgués :

Cette autorisation est valide pour une période de \_\_\_\_\_ à compter de la date de la signature de ce document.

Signature du

locataire

Date :

Contresigné :

Fonction :