

# Autorisation de communication de renseignements

Par la présente, je, \_\_\_\_\_ (nom de la personne) autorise le personnel de \_\_\_\_\_ (nom de l'organisme) à transmettre mes coordonnées et des informations à mon sujet aux organismes communautaires du territoire ci-bas identifiés.

Cette référence me permettra d'avoir de l'information ou des documents pertinents sur les services offerts par les organismes concernés de mon territoire et je comprends que ces organismes communiqueront directement avec moi.

## Coordonnées de la personne

|                    |       |          |       |
|--------------------|-------|----------|-------|
| Nom                | _____ | Courriel | _____ |
| Adresse            | _____ |          |       |
| Code postal        | _____ |          |       |
| Téléphone domicile | _____ | travail  | _____ |
|                    |       | mobile   | _____ |

Voici le(s) organisme(s)\* pouvant recevoir mes coordonnées [cochez le(s) case(s) appropriée(s)]:

|   |  |
|---|--|
| <b>Aide et accompagnement</b>   | <b>Personnes handicapées</b>   |
| <input type="checkbox"/> CALACS Rive-Sud (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel) | <input type="checkbox"/> Association des personnes handicapées de Bellechasse (APHB) |
| <input type="checkbox"/> Accueil-Sérénité   | <input type="checkbox"/> La Maison du Tournant                                       |
| <input type="checkbox"/> Association de défense des droits sociaux (ADDS) de la Rive-Sud                      | <input type="checkbox"/> Les Habitations adaptées de Bellechasse                     |
| <input type="checkbox"/> Association de la fibromyalgie région Chaudière-Appalaches                           |  |
| <input type="checkbox"/> Convergence action bénévole (CAB)  | <b>Santé mentale</b>   |
| <input type="checkbox"/> Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Chaudière-Appalaches (CAAP)   | <input type="checkbox"/> La Barre du Jour  |
| <input type="checkbox"/> Centre Ex-Equo   | <input type="checkbox"/> L'A-Droit Chaudière-Appalaches                              |
| <input type="checkbox"/> Centre-Femmes de Bellechasse   | <input type="checkbox"/> Le Contrevent   |
| <input type="checkbox"/> Frigos Pleins  | <input type="checkbox"/> Santé mentale Québec Chaudière-Appalaches                   |
| <input type="checkbox"/> Partage au masculin  |  |
| <input type="checkbox"/> Regroupement des proches aidants de Bellechasse                                      | <b>Jeunesse et famille</b>   |
|   | <input type="checkbox"/> Action Jeunesse Côte-Sud                                    |
| <b>Soutien à domicile</b>   | <input type="checkbox"/> Maison de la famille de Bellechasse                         |
| <input type="checkbox"/> Coopérative de services Rive-Sud   | <input type="checkbox"/> Maison des jeunes de Saint-Raphaël                          |
| <input type="checkbox"/> Centre de vie de Bellechasse   |  |
| <input type="checkbox"/> Entraide Solidarité Bellechasse  | <b>Culture et développement durable</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> La Maison de la culture de Bellechasse                      |
| <b>Éducation et emploi</b>  | <input type="checkbox"/> Ressourcerie Bellechasse                                    |
| <input type="checkbox"/> Alpha Bellechasse  |  |
| <input type="checkbox"/> Carrefour Employabilité- Travail de Rue  | <b>Autre(s)</b>  |
| <input type="checkbox"/> Les Plateaux d'insertion de Bellechasse de la CDC Bellechasse                        | <input type="checkbox"/> CISSS de Chaudière-Appalaches                               |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale Québec Chaudière-Appalaches  | <input type="checkbox"/> Nommez :  |

\*Se référer à la *Fiche descriptive des membres de la CDC Bellechasse* pour plus de détails.

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Informations à partager | _____ |
|                         | _____ |
|                         | _____ |

Cette autorisation est valide à partir du \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_

|                               |       |      |       |
|-------------------------------|-------|------|-------|
| Lieu                          | _____ |      |       |
| Signature de la personne      | _____ | Date | _____ |
| Signature de l'intervenant(e) | _____ | Date | _____ |