

Projet CATAMARAN

Autorisation de recevoir et transmettre les renseignements

Identification du client	
Nom : _____	Prénom : _____
Nom du parent ou tuteur : _____	
Adresse : _____	
Téléphone : _____	Date de naissance : _____
En cas d'urgence, contacter : _____	

Je, *sousigné(e)*, _____ autorise Vallée Jeunesse à
(Nom de l'enfant)
échanger les informations pertinentes afin de faciliter l'intervention avec :

Nom de l'intervenant : _____
Nom de l'organisation : _____

Nom de l'intervenant : _____
Nom de l'organisation : _____

Nom de l'intervenant : _____
Nom de l'organisation : _____

Nom de l'intervenant : _____
Nom de l'organisation : _____

Nom de l'intervenant : _____
Nom de l'organisation : _____

Signature de la personne qui autorise
(parent ou tuteur si moins de 14 ans)

Date

Signature de l'intervenant(e)

Date

Signature du parent

Date

Signature de l'adolescent

Date