

**Institut Raymond-Dewar**

DOSSIER # \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'ACCÈS DE L'USAGER À SON DOSSIER**

**IDENTIFICATION DE L'USAGER :**

Nom à la naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR

Nom du père : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**JE DEMANDE ACCÈS À LA CONSULTATION DE MON DOSSIER**

**JE DÉSIRE OBTENIR COPIES DES RAPPORTS SUIVANTS :**

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

Cette autorisation est valable pour une période 90 jours à compter de la date de la signature de ce document.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'utilisateur (14 ans et plus)

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature

Service des archives  
514-284-2214 poste 3607