

Le Parenfant



Montérégie

FORMULAIRE D'AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS¹

Je soussigné _____, autorise
(prénom et nom du bénéficiaire/client)

_____ du _____
(nom de l'intervenant ou de l'avocat) (nom du bureau ou de l'organisme)

à communiquer tous renseignements pertinents à l'organisme **Le Parenfant de la Montérégie**. Ces informations serviront à mettre en place des services de supervision des droits d'accès, soit:

Visites supervisées Échanges supervisés

Rencontre préalable à la reprise de contact parent enfant, pour les droits d'accès.

Tout cela afin d'offrir un service sécuritaire et de qualité dans l'intérêt de l'enfant. L'équipe du Parenfant Montérégie s'engage à garder la confidentialité et à utiliser ces renseignements dans un but strictement professionnel.

Date

Signature du bénéficiaire/client

Date

Signature de l'intervenant ou de l'avocat¹

¹ Cette autorisation est valide pour une période de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire/client a signé.

[!\[\]\(4f6bf54ae7e4144a72d78316053e412d_img.jpg\) Retour vers le site](#)