

**Je, soussigné(e) :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Code permanent : \_\_\_\_\_

**autorise :**

Nom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

**à divulguer à :**

Nom, titre : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**les renseignements suivants :**

Nommez les documents

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

**et pour les fins suivantes :**

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

***Cette autorisation est valable pour une durée de trente (30) jours.***



\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et serviront à répondre à votre demande.

