



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CARTE ALERTE *PROCHE AIDANCE*

L'Association des proches aidants Arthabaska-Érable vous demande la permission de conserver les renseignements inscrits sur votre carte alerte *Proche aideance* et les coordonnées ci-dessous dans une base de données. Elles ne serviront que pour assurer un suivi avec vous au terme du projet-pilote et pour garantir la sécurité de la personne aidée dans le cas où les services d'urgence seraient incapables de localiser votre carte d'alerte. À cet effet, l'Association vous demande également l'autorisation de partager ces informations avec les différents services d'urgence des MRC d'Arthabaska et de L'Érable.

Je, _____
(Nom complet du détenteur ou de la détentrice de la carte alerte *Proche aideance*)

AUTORISE l'Association des proches aidants Arthabaska-Érable à conserver les renseignements inscrits sur ma carte alerte *Proche aideance*, ainsi que les coordonnées personnelles inscrites ci-dessous ;

AUTORISE :

- Sûreté du Québec ;
- Services paramédicaux - soins préhospitaliers d'urgence ;
- Services d'urgence de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska ;

à consulter la base de données associée à la carte alerte *Proche aideance* de l'Association des proches aidants Arthabaska-Érable afin d'assurer la sécurité de la personne aidée.

NOM DE LA PERSONNE AIDÉE : _____

COORDONNÉES DE LA DÉTENTRICE OU DU DÉTENTEUR DE LA CARTE ALERTE *PROCHE AIDANCE*

Prénom et nom : _____

Adresse postale : _____

Téléphone domicile : _____ Cellulaire : _____

SIGNATURE

Cette autorisation est valide à compter de la date de la signature de ce document jusqu'à sa révocation à ma demande.

(Signature du détenteur ou de la détentrice de la carte alerte *Proche aideance*)

Date
(année/mois/jour)



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CARTE ALERTE *PROCHE AIDANCE*

L'Association des proches aidants Arthabaska-Érable vous demande la permission de conserver les renseignements inscrits sur la carte alerte *Proche aideance* de

_____ (Nom complet du détenteur ou de la détentrice de la carte alerte *Proche aideance*)

et de les partager avec les différents services d'urgence des MRC d'Arthabaska et de L'Érable.

Je, _____ (Nom complet de la personne de relève)

AUTORISE l'Association des proches aidants Arthabaska-Érable à conserver les renseignements inscrits sur la carte alerte *Proche aideance* détenue par la personne mentionnée ci-haut ;

AUTORISE :

- Sûreté du Québec ;
- Services paramédicaux - soins préhospitaliers d'urgence ;
- Services d'urgence de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska ;

à consulter la base de données associée à la carte alerte *Proche aideance* de l'Association des proches aidants Arthabaska-Érable afin d'assurer la sécurité de la personne aidée.

SIGNATURE

(Signature de la personne de relève)

Date
(année/mois/jour)

(Numéro de téléphone 1)

(Numéro de téléphone 2)



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CARTE ALERTE *PROCHE AIDANCE*

L'Association des proches aidants Arthabaska-Érable vous demande la permission de conserver les renseignements inscrits sur la carte alerte *Proche aideance* de

_____ (Nom complet du détenteur ou de la détentrice de la carte alerte *Proche aideance*)

et de les partager avec les différents services d'urgence des MRC d'Arthabaska et de L'Érable.

Je, _____ (Nom complet de la personne de relève)

AUTORISE l'Association des proches aidants Arthabaska-Érable à conserver les renseignements inscrits sur la carte alerte *Proche aideance* détenue par la personne mentionnée ci-haut ;

AUTORISE :

- Sûreté du Québec ;
- Services paramédicaux - soins préhospitaliers d'urgence ;
- Services d'urgence de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska ;

à consulter la base de données associée à la carte alerte *Proche aideance* de l'Association des proches aidants Arthabaska-Érable afin d'assurer la sécurité de la personne aidée.

SIGNATURE

(Signature de la personne de relève)

Date
(année/mois/jour)

(Numéro de téléphone 1)

(Numéro de téléphone 2)