



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 aide* et les coordonnées ci-dessous dans une base de données. Elles ne serviront qu'à 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 aide*)

AUTORISE l'Association des proches aidants Arthabaska-Érable à conserver les renseignements inscrits sur ma carte alerte *Proche aide*, 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 aide* 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 : _____

Date de naissance : _____

Numéro Carte d'hôpital (Hôtel-Dieu d'Arthabaska) : _____

Adresse postale : _____

Téléphone fixe : _____ 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 aide*)

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)