

Autorisation de Divulgence d'Information

Objet de la divulgation :

Je, soussigné(e) _____, autorise l'Association de la Fibromyalgie Région Montérégie (AFRM) à partager certaines informations personnelles me concernant dans le cadre des activités du groupe de soutien et/ou d'entraide mentionné ci-dessous.

Informations partagées :

Les informations suivantes pourront être partagées avec les autres membres du groupe de soutien et/ou d'entraide :

Exemples de renseignements partagés :

- Prénom
- Coordonnées (téléphone et/ou courriel)
- Informations pertinentes au soutien mutuel, telles que les expériences personnelles partagées durant les rencontres

Objectifs de l'utilisation de ces informations :

- Faciliter la communication entre les participants du groupe de soutien et/ou d'entraide
- Coordonner les activités et assurer un suivi adéquat des participants
- Améliorer les services offerts par l'AFRM

Destinataires des informations :

Ces informations seront partagées uniquement avec :

- Les autres membres du groupe
- L'animateur/intervenant du groupe
- Le personnel administratif de l'AFRM (si nécessaire pour l'organisation du groupe)

Cette autorisation est valide pour toute la durée des activités du groupe mentionné ci-dessus et prendra fin à la date de la dernière rencontre du groupe.



Signature :

En signant ce document, je reconnais avoir lu et compris son contenu, et j'autorise l'AFRM à divulguer les informations spécifiées ci-dessus conformément aux termes énoncés.

Nom du participant : _____

Signature : _____

Date : _____

Pour usage interne de l'AFRM :

Autorisation reçue par : _____

Date de réception : _____