

**AUTORISATION À COMMUNIQUER  
DES INFORMATIONS CONTENUES AU DOSSIER**

Nom et prénom de la personne concernée \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Code permanent \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

J'autorise le professionnel responsable du programme court en psychothérapie au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières à **communiquer/ transmettre** des informations contenues à mon dossier au Secrétariat général de l'Ordre des psychologues du Québec et j'autorise également ce dernier à transmettre les informations pertinentes au professionnel.

Précisions quant aux informations à communiquer ou à échanger, si nécessaire :

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

Cette autorisation est valable pour toute la durée de mes études à compter de la date de signature de ce document.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant · e\_\_\_\_\_  
Date