

Autorisation d'accès au dossier LPJ/LSSSS/LSJPA

Dans le cadre de ma démarche de postulant(e) à titre de ressource de type familial et/ou de banque mixte, je soussigné, _____

Nom du demandeur

autorise le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie, à faire les vérifications nécessaires auprès

de son établissement

d'un autre établissement : _____

afin de vérifier si mon ou mes enfants reçoivent ou ont déjà reçu des services en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de la *Loi sur la protection de la jeunesse* ou de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*. Si tel est le cas, j'autorise l'Établissement à prendre connaissance des renseignements contenus dans les dossiers.

Nom de mon ou mes enfants

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

SIGNATURE

DATE