



Association des personnes handicapées D'Autray sud

588 rue Montcalm, Suite 213, Berthierville J0K 1A0

Tél : 450-836-6877

www.aphautraysud.org

Nom du membre : _____

Autorisation

Photo

J'autorise la prise et l'éventuelle publication de photos ainsi que toutes diffusions d'images sur le site WEB de l'APHAS et dans les journaux locaux pour offrir une visibilité sur les activités et les ressources de l'association.

Oui

Non

Signature du membre ou de son représentant

Date

Médications d'ordonnance

J'autorise le responsable de l'APHAS à administrer les médicaments prescrits sur ordonnance dans un **dispill fourni par le membre**.

Signature du membre ou de son représentant

Date

Autorisation d'échange d'information

J'autorise l'échange d'informations entre les responsables de l'APHAS et les intervenants du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSS). Cet échange a pour seul but l'amélioration des services offerts. La confidentialité sera respectée lors de ces échanges.

Signature du membre ou de son représentant

Date

- Ces autorisations sont valides pour une période de **deux ans**, renouvelable avec la carte de membre de l'APHAS.