

**AUTORISATION DE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS DE  
CLIENTS DE L'ARMÉE DU SALUT AUPRÈS D'AUTRES  
ORGANISATIONS**



À : \_\_\_\_\_ [nom de : personne/organisation/fournisseur de  
services/organisme gouvernemental]

\_\_\_\_\_  
[adresse complète, y compris la ville et la province]

\_\_\_\_\_  
[n<sup>os</sup> de tél. et de téléc. (s'ils sont connus)]

\_\_\_\_\_  
[adresse de courriel]

\_\_\_\_\_  
[Pour (nom de la personne), le cas échéant]

Je \_\_\_\_\_, [prénom et nom] autorise la divulgation ou l'échange de renseignements au  
sujet de :

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

À mon représentant à : \_\_\_\_\_  
[nom de l'entité de l'Armée du Salut]

\_\_\_\_\_  
[adresse complète]

\_\_\_\_\_  
[n<sup>os</sup> de tél. et de téléc.]

\_\_\_\_\_  
[adresse de courriel]

\_\_\_\_\_  
[Pour (nom de la personne), le cas échéant]

J'autorise l'Armée du Salut et vous-même à divulguer des renseignements me concernant soit en personne, par  
téléphone ou par voie électronique pour permettre à l'Armée du Salut de m'offrir des services.

La présente autorisation est valide pour une période de trois (3) mois, à compter du \_\_\_\_\_  
[date] jusqu'au \_\_\_\_\_ [date].

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom du témoin (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_