**Consentement du client pour divulgation d’information**

(Ville, date

Clinique

Thérapeute

Numéro de téléphone)

(Employeur, compagnie d’assurance, CSST, médecin, etc.)

(Personne-ressource)

(Coordonnées)

**Objet : Dossier de (madame ou monsieur X)**

Madame,  
Monsieur,

Par la présente, je soussigné(e) consens et autorise\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, thérapeute et membre en règle du Réseau des massothérapeutes professionnels du Québec à communiquer les renseignements me concernant et contenus dans le document « Rapport médical » aux employés et aux représentants de (compagnie d’assurance, CSST, médecin, etc.) pour les fins de l’exercice de leurs fonctions.

Signé à le .

# Signature du client