



Centre hospitalier  
de l'Université de Montréal

ID de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE RECTIFICATION AU DOSSIER MÉDICAL D'UN USAGER

Veuillez cocher si urgent (Facultatif) Requis avant le : \_\_\_\_\_  
*AAAA / MM / JJ*

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

En ma qualité de :

Usager

Représentant légal (joindre une preuve de votre titre)

Titulaire de l'autorité parentale

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Autorise le : Centre hospitalier de l'Université de Montréal à rectifier les informations ci-dessous.

Veuillez inscrire :

Les informations à rectifier - Nom et type des documents concernés - Date des documents nommés

Raison(s) de la demande de rectification :

\*\* Si l'espace est insuffisant sur le formulaire, vous pouvez utiliser le verso du formulaire ou une page vierge \*\*

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(ou de son représentant légal) *AAAA / MM / JJ*

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
*AAAA / MM / JJ*