



Formulaire de référence

Confidentiel

J'autorise

Nom de l'intervenant.e

Titre et fonction

de

Nom complet de l'établissement

à transmettre mes informations à **L'Apogée**.

Cette autorisation ne m'engage en rien et j'ai la liberté d'accepter ou de refuser les services qui me seront offerts.

Nom

Adresse

Téléphone

Domicile

Cellulaire

Pouvons-nous laisser un message?

Oui

Non

N'a pas signé, mais autorise la référence

* Cocher si applicable

Autorise que l'association confirme la prise ou non de contact

* Cette autorisation est valide pour 90 jours suivant la date de complétion

Raison de la référence

Date

Veuillez envoyer ce formulaire rempli à info@lapogee.ca

Le personnel de L'Apogée Santé Mentale s'engage à prendre contact avec la personne référée dans les deux jours ouvrables suivant la réception de cette référence.

Nos services sont gratuits et confidentiels