



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS  
AUX FINS D'UNE INSCRIPTION OU D'UNE RÉINSCRIPTION AU  
TABLEAU DES MEMBRES**

**À REMPLIR SI VOUS AVEZ RÉPONDU PAR L’AFFIRMATIVE À LA SECTION « ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ».**

**DÉCLARATION**

Je, \_\_\_\_\_, ai fait une demande de permis ou de réinscription au Tableau des membres de l’Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec afin de pratiquer l’inhalothérapie au Québec.

**AUTORISATION**

**L’Ordre pourrait requérir de l’information additionnelle dans le cadre du traitement de ma demande d’inscription.**

J’autorise donc mon médecin traitant à transmettre à l’Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec tout renseignement, document ou information, qu’il ou elle détient, concernant mon état de santé passé ou actuel et plus particulièrement, avec le diagnostic de \_\_\_\_\_, et ce, à mes frais<sup>1</sup>.

Je comprends que ces renseignements sont nécessaires à l’exercice des attributions de l’Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec dans le cadre du traitement de ma demande de permis ou de réinscription et, par la suite, de mon dossier professionnel.

**SIGNATURE**

En foi de quoi, j’ai signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature de l’inhalothérapeute répondant

<sup>1</sup> Préparer des copies supplémentaires pour chaque médecin traitant concerné.