



FORMULAIRE DE PROCURATION

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANTE OU ÉTUDIANT

Nom et prénom :

Numéro d'étudiant :

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

En apposant ma signature ci-dessous, j'atteste accepter ce qui suit :

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous à agir en mon nom en ce qui concerne toute demande relative à mon régime de soins de santé et dentaires. Cette procuration autorise la personne mentionnée ci-dessous à fournir à l'ASEQ toute information relative à mon régime de soins de santé et dentaires. Cette procuration autorise aussi l'ASEQ à fournir de l'information relative à mon régime de soins de santé et dentaires à la personne mentionnée ci-dessous.

Cette procuration est valide pour la période suivante (veuillez choisir une option) :

Le dossier au numéro de référence suivant :

Les dates suivantes : du (JJ/MM/AAAA)

La durée de mes études à (indiquer l'institution) :

PERSONNE AUTORISÉE

Nom et prénom :

Lien avec l'étudiante ou étudiant :

Coordonnées :

Signature de l'étudiante ou étudiant :

Date : (JJ/MM/AAAA)

Veuillez retourner ce formulaire de procuration dûment complété à l'adresse suivante :

ASEQ
1200, avenue McGill College, bureau 2200
Montréal (Québec) H3B 4G7

OU

TÉLÉCOPIEUR: 514 789-8735