

**A U T O R I S A T I O N**

Le (la) soussigné(e) autorise la Caisse de compensation AVS compétente ou l'Office AI du canton du Valais à communiquer à l'établissement suivant :

**Maison de Retraite Le Carillon, 1958 St-Léonard**

une copie des décisions de rente d'allocation pour impotent, qui seraient établies en faveur de

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature de l'assuré(e) ou de son représentant \_\_\_\_\_