

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 _____