

PRÉNOM ET NOM DE L'ENFANT	MÈRE	PÈRE	URGENCE
	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :
	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :
	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :
	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :
	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :
	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :
	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :
	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :	PRENOM : TEL :

URGENCE 911	REMPLAÇANT(E) D'URGENCE (art. 101) PRENOM : TEL :
ANTI-POISON (art. 101) 1-800-463-5060	REMPLAÇANT(E) OCCASIONNEL(LE) (art. 101) PRENOM : TEL :
CSSS (CLSC) (art. 101) 450-____-____	ASSISTANT(E) (art. 101) PRENOM : TEL :
INFO SANTÉ 811	BUREAU COORDONNATEUR MATIN SOLEIL – VARENNES Tél : 450-929-3618 FAX : 450-929-3990