

**Service de remplacement
des Cantons de l'Est inc.**

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____ NAS : _____

Allergies : _____

Restrictions médicales : _____

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

Domicile : _____ Répondeur : Oui Non

Cellulaire : _____ Répondeur : Oui Non

En cas d'urgence : _____ Répondeur : Oui Non