



Corporation
d'habitation de
Giffard

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS:

1. RÉSIDENTS

NOM _____
NO ASSURANCE SOCIALE _____
NO ASSURANCE MALADIE _____
COPIE CARTE RAMQ _____
NO DE TÉLÉPHONE _____
NO APPARTEMENT À VENIR _____

2. PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM _____
TÉLÉPHONE _____
LIEN _____

NOM _____
TÉLÉPHONE _____
LIEN _____

3. SERVICES MÉDICAUX ET SOCIAUX

MEDECIN	_____	TELEPHONE	_____
HOPITAL	_____	TELEPHONE	_____
INFIRMIER	_____	TELEPHONE	_____
ÉDUCATEUR	_____	TELEPHONE	_____
T.S.	_____	TELEPHONE	_____
CLSC	_____	TELEPHONE	_____