

ENFANT	MÈRE	PÈRE	URGENCE
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:
Nom: _____ #ass.maladie:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:	Nom: _____ Lien avec l'enfant: _____ Tél: maison: Tél travail :           Cell:

## Assistantes et Remplaçantes

Nom : \_\_\_\_\_ **A** ou **R**



Nom : \_\_\_\_\_ **A** ou **R**



Nom : \_\_\_\_\_ **A** ou **R**



Nom : \_\_\_\_\_ **A** ou **R**



Nom : \_\_\_\_\_ **A** ou **R**



Nom : \_\_\_\_\_ **A** ou **R**



## Numéros d'urgence

Police 911

Ambulance 911

Pompier 911

Centre Antipoison 1-800-463-5060

Info-Santé 811

CSSS : 819-780-2220

Taxi : 819-562-4717

Remplaçante d'urgence: 

Nom : \_\_\_\_\_

Bureau coordonnateur : 819-346-1944

Autres :