

REPLAÇANTE :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____
NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

LISTE TÉLÉPHONIQUE

NOM DE L'ENFANT	NOM DU PARENT	TÉL. RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE	TÉLÉPHONE
	Mère :				
	Père :				
	Mère :				
	Père :				
	Mère :				
	Père :				
	Mère :				
	Père :				
	Mère :				
	Père :				
	Mère :				
	Père :				
	Mère :				
	Père :				
	Mère :				
	Père :				
	Mère :				
	Père :				



SERVICES
D'URGENCES
911



CENTRE
ANTI-POISON
1-800-463-5060



CLSC SUZOR-CÔTÉ
819 758-7281
INFO-SANTÉ
811



TAXI
