

VOTRE CLINIQUE

INFIRMIER(S) COORDONNATEUR(S) / INFIRMIÈRE(S) COORDONNATRICE(S)

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

MÉDECINS

Prénom et nom :

Titre :

Prénom et nom :

Titre :

Prénom et nom :

Titre :

Prénom et nom :

Titre :

NUTRITIONNISTE

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

TRAVAILLEUR SOCIAL / TRAVAILLEUSE SOCIALE

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

PHARMACIEN / PHARMACIENNE

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

PSYCHOLOGUE

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

AUTRE INTERVENANT: _____

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

URGENCE

Numéro de téléphone :

.....