

## Remplir votre carte de communication

Veillez inscrire votre nom (dactylographié ou lettres moulées) dans l'espace réservé à cet effet à l'avant de la carte.

De l'autre côté de la carte, veuillez inscrire vos renseignements (dactylographiés ou lettres moulées) dans l'espace réservé à cet effet :

- Nom
- Date de naissance
- Numéro d'assurance-maladie (#AM) et date d'expiration de la carte d'assurance-maladie
- Adresse permanente
- Deux numéros de téléphone Adresse électronique
- Médecin de famille OU infirmière praticienne
- Mandataire, sa relation avec vous (p. ex. époux, enfant, sœur) et ses coordonnées
- Personne à aviser (PàA) en cas d'urgence, sa relation avec vous (p. ex. époux, enfant, sœur) et ses coordonnées

Merci.



Je m'appelle \_\_\_\_\_

Cette carte a été préparée pour m'aider à m'inscrire à mes rendez-vous.

**Veillez voir mes renseignements détaillés au dos de la carte.**

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

#AM : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Tél.:(\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Médecin de famille / IP : \_\_\_\_\_

Mandataire : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Tél.:(\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

PàA : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Tél.:(\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_