



EMERGENCY PLAYBOOK

Aidez votre famille en cas d'urgence
(French)



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

**Department of
Social Services**

DSS-53 (F) 02/11/2025
(E) 02/04/2025 LLF



NOM :

INFORMATIONS CONCERNANT MA FAMILLE

NOM : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

RUE : _____

VILLE, ÉTAT : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

MEMBRES DE MA FAMILLE :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE PROFESSIONNELS :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES :

NOM DE L'ENFANT : _____

NIVEAU : _____ HEURE DE SORTIE : _____

ENSEIGNANT(E)/PROFESSEUR(E)
PRINCIPAL(E) : _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE DE
L'ÉTABLISSEMENT : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

SITE INTERNET DE
L'ÉTABLISSEMENT : _____

SOURCES D'INFORMATION
LOCALES :

NOM DE L'ENFANT : _____

NIVEAU : _____ HEURE DE SORTIE : _____

ENSEIGNANT(E)/PROFESSEUR(E)
PRINCIPAL(E) : _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE DE
L'ÉTABLISSEMENT : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

SITE INTERNET DE
L'ÉTABLISSEMENT : _____

SOURCES D'INFORMATION
LOCALES :

INFORMATIONS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES :

NOM DE L'ENFANT : _____

NIVEAU : _____ HEURE DE SORTIE : _____

ENSEIGNANT(E)/PROFESSEUR(E)
PRINCIPAL(E) : _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE DE
L'ÉTABLISSEMENT : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

SITE INTERNET DE
L'ÉTABLISSEMENT : _____

SOURCES D'INFORMATION
LOCALES :

NOM DE L'ENFANT : _____

NIVEAU : _____ HEURE DE SORTIE : _____

ENSEIGNANT(E)/PROFESSEUR(E)
PRINCIPAL(E) : _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE DE
L'ÉTABLISSEMENT : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

SITE INTERNET DE
L'ÉTABLISSEMENT : _____

SOURCES D'INFORMATION
LOCALES :



Précisez les informations concernant chaque membre de la famille.

NOM :

MEMBRE DE LA FAMILLE N° 1

Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Couleur des yeux : _____ Numéro de portable : _____

Couleur des cheveux : _____ Adresse électronique : _____

Taille : _____ Emploi : _____

Poids : _____ N° de téléphone professionnel : _____

Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Dentiste : _____

Téléphone : _____

Hôpital : _____

Ville, État : _____

Besoins spéciaux/diagnostic : _____

Aménagements requis : _____

Lunettes : _____

Appareils auditifs : _____

Allergies : _____

Mes médicaments (posologie) : _____



Précisez les informations concernant chaque membre de la famille.

NOM :

MEMBRE DE LA FAMILLE N° 2

Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Couleur des yeux : _____ Numéro de portable : _____

Couleur des cheveux : _____ Adresse électronique : _____

Taille : _____ Emploi : _____

Poids : _____ N° de téléphone professionnel : _____

Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Dentiste : _____

Téléphone : _____

Hôpital : _____

Ville, État : _____

Besoins spéciaux/diagnostic : _____

Aménagements requis : _____

Lunettes : _____

Appareils auditifs : _____

Allergies : _____

Mes médicaments (posologie) : _____



Précisez les informations concernant chaque membre de la famille.

NOM :

MEMBRE DE LA FAMILLE N° 3

Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Couleur des yeux : _____ Numéro de portable : _____

Couleur des cheveux : _____ Adresse électronique : _____

Taille : _____ Emploi : _____

Poids : _____ N° de téléphone professionnel : _____

Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Dentiste : _____

Téléphone : _____

Hôpital : _____

Ville, État : _____

Besoins spéciaux/diagnostic : _____

Aménagements requis : _____

Lunettes : _____

Appareils auditifs : _____

Allergies : _____

Mes médicaments (posologie) : _____



Précisez les informations concernant chaque membre de la famille.

NOM :

MEMBRE DE LA FAMILLE N° 4

Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Couleur des yeux : _____ Numéro de portable : _____

Couleur des cheveux : _____ Adresse électronique : _____

Taille : _____ Emploi : _____

Poids : _____ N° de téléphone professionnel : _____

Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Dentiste : _____

Téléphone : _____

Hôpital : _____

Ville, État : _____

Besoins spéciaux/diagnostic : _____

Aménagements requis : _____

Lunettes : _____

Appareils auditifs : _____

Allergies : _____

Mes médicaments (posologie) : _____



Précisez les informations concernant chaque membre de la famille.

NOM :

MEMBRE DE LA FAMILLE N° 5

Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Couleur des yeux : _____ Numéro de portable : _____

Couleur des cheveux : _____ Adresse électronique : _____

Taille : _____ Emploi : _____

Poids : _____ N° de téléphone professionnel : _____

Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Dentiste : _____

Téléphone : _____

Hôpital : _____

Ville, État : _____

Besoins spéciaux/diagnostic : _____

Aménagements requis : _____

Lunettes : _____

Appareils auditifs : _____

Allergies : _____

Mes médicaments (posologie) : _____



Précisez les informations concernant chaque membre de la famille.

NOM :

MEMBRE DE LA FAMILLE N° 6

Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Couleur des yeux : _____ Numéro de portable : _____

Couleur des cheveux : _____ Adresse électronique : _____

Taille : _____ Emploi : _____

Poids : _____ N° de téléphone professionnel : _____

Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Dentiste : _____

Téléphone : _____

Hôpital : _____

Ville, État : _____

Besoins spéciaux/diagnostic : _____

Aménagements requis : _____

Lunettes : _____

Appareils auditifs : _____

Allergies : _____

Mes médicaments (posologie) : _____

*Insérer une photo de la
personne à contacter
en cas d'urgence*

NOM :

**COORDONNÉES DE LA PERSONNE LOCALE
À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

NOM : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

RUE : _____

VILLE, ÉTAT : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

SI LES PARENTS NE PEUVENT PAS S'OCCUPER DES ENFANTS,
CETTE PERSONNE SERAIT-ELLE DISPOSÉE À LES
ACCUEILLIR ?

MEMBRES DE MA FAMILLE :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

*Insérer une photo de la
personne à contacter
en cas d'urgence
résidant hors localité*

NOM :

**COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER EN
CAS D'URGENCE RÉSIDANT HORS LOCALITÉ**

NOM : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

RUE : _____

VILLE, ÉTAT : _____

PAYS : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

MEMBRES DE MA FAMILLE :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____



**Veillez entourer ou apposer une astérisque à côté de l'État dans
lequel réside la famille aux États-Unis.**