

NOM :

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 ME CONCERNANT

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) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Human Resources  
Administration  
Department of  
Homeless Services

Department of  
Social Services



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 : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_