

Rapport sur les inscriptions actuelles dans le service de garde d'enfants

Nom de l'établissement:

Date:

| Nom de l'enfant (tel qu'il apparaît sur la carte de santé) | | Date de naissance aaaa/mm/jj | Nom du parent/tuteur | | Adresse postale | Numéro de téléphone |
|--|--------------|---------------------------------|----------------------|--------|-----------------|---------------------|
| Nom de famille légal | Prénom légal | | Nom de famille | Prénom | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Veuillez soumettre votre formulaire au Renfrew County and District Health Unit par courriel: immunization@rcdhu.com ou par télécopie au 613-735-3067.