

FORMULAIRE DE REMERCIEMENT

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : Téléphone résidence :
Prénom : Téléphone travail :
Adresse : Date de naissance :
Ville : # de dossier (médical) :
Code postal : # de la chambre (si applicable) :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISME QUI ASSISTE L'USAGER (s'il y a lieu)

Nom : Téléphone résidence :
Prénom : Téléphone travail :
Adresse : Lien avec l'utilisateur :
Ville : Organisme (s'il y a lieu) :
Code postal :

Représentant légal :

- Usager mineur
 Usager majeur inapte

Préciser la nature de la représentation (mandataire, curateur ou autre)

INFORMATION SUR L'ÉVÉNEMENT

Date de l'événement : Heure :
Personne concernée :
Service concerné :

Lieu de l'événement (S.V.P., précisez l'endroit exact)

- Centre hospitalier _____
 CHSLD _____
 CLSC _____
 Ressource intermédiaire _____
 Autre _____

