

EN CAS D'URGENCE

- CENTRE ANTI-POISON : _____
- CSSS : _____
- POLICE : 911
- AMBULANCE : 911
- PHARMACIE : _____
- TAXI : _____

- **PERSONNE DÉSIGNÉE EN CAS D'URGENCE** : Nom : _____
 - Numéro tél. : _____
- **REMPLAÇANTES :**



EN CAS D'URGENCE

- CENTRE ANTI-POISON : _____
- CSSS : _____
- POLICE : 911
- AMBULANCE : 911
- PHARMACIE : _____
- TAXI : _____

- **PERSONNE DÉSIGNÉE EN CAS D'URGENCE** : Nom : _____
 - Numéro tél. : _____
- **REMPLAÇANTES :**



****À IMPRIMER EN COULEUR ET METRE À CÔTÉ DE CHAQUE TÉLÉPHONE DE VOTRE SERVICE DE GARDE****