

Formulaire d'accompagnement en fin de vie

Date: _____

Prénom: _____

Nom: _____

Téléphone résidentielle: (_____) - _____

Type de maladie: _____

État du malade: _____

Adresse courriel: _____

GROUPE D'ÂGE:

20 ____; 30 ____; 40 ____; 50 ____; 60 ____; 70 ____; 80 ____; 90 ____;

Qui est responsable du malade: _____

Téléphone: _____

Cellulaire: _____

Adresse courriel: _____

Demandes particulières/remarques/détails supplémentaires:

Envoi de l'information sur les formations par courriel: Oui/Non

Souhaite être appelé: Oui/Non

Albatros Lanaudière Inc.
139-2500 boulevard Mascouche, Mascouche (Québec) J7K 0H5
450 966-9508 et infos@albatrosLANAUDIERE.org

