



DATE DE NAISSANCE

NOM COMPLET ou carte RAMQ

LANGUE MATERNELLE :

COORDONNÉES

Adresse

Ville

Code postal

Adresse pharmacie

Téléphone et fax

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE | Svp, cochez les numéros où l'on peut vous contacter en cas de besoin.

Domicile

Travail

Cellulaire

Autre [spécifiez]

EN CAS DE RÉSULTATS POSITIFS D'ITSS (INFECTION TRANSMISSIBLE SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG)

PREMIER CHOIX

Téléphone

Courriel

DEUXIÈME CHOIX

Téléphone

Courriel

PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom

Lien

Numéro de téléphone

RÉFÉRENCE

Indiquez de quelle façon vous avez entendu parler du Centre de Santé des Femmes de Montréal :