



DATE DE NAISSANCE :

NOM COMPLET ou carte RAMQ

QUESTION SECRÈTE :

RÉPONSE :

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 :