

# VOTRE CLINIQUE

---

## INFIRMIER(S) COORDONNATEUR(S) / INFIRMIÈRE(S) COORDONNATRICE(S)

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

## MÉDECINS

Prénom et nom :

Titre :

Prénom et nom :

Titre :

Prénom et nom :

Titre :

Prénom et nom :

Titre :

## NUTRITIONNISTE

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

## PHYSIOTHÉRAPEUTE

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

**TRAVAILLEUR SOCIAL / TRAVAILLEUSE SOCIALE**

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

**PHARMACIEN / PHARMACIENNE**

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

**PSYCHOLOGUE**

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

**AUTRE INTERVENANT: \_\_\_\_\_**

Prénom et nom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Horaire :

**URGENCE**

Numéro de téléphone :

.....