

## INFORMATION SUR L'AIDANT

L'aidant doit remplir cette section

NOM DE L'AIDANT

Prénom

Nom

DATE DE  
NAISSANCE

Année

Mois

Jour

COORDONNÉES

Téléphone

Courriel (Requis pour les commandes en ligne)

PRÉFÉRENCE POUR LES  
COMMUNICATION

Courriel

Téléphone

Courriel

Adresse

Ville

Province

Code postal

JE,

Nom de l'aidant

SUIS RESPONSABLE  
DE

Nom du patient

SIGNATURE

Signature de la personne responsable du patient

Année

Mois

Jour