



Ronald McDonald House
NEWFOUNDLAND
& LABRADOR

Formulaire de Recommandation

Date: _____

Patient

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Age du patient: _____ Date de naissance: _____

Catégorie général de diagnostic: _____

Première nuit nécessaire: _____ Durée approximative du séjour: _____

Séjourné à la maison Ronald McDonald Terre-Neuve avant: Oui _____ Non _____

Parent/Tuteur

Mère/Tuteur nom de famille: _____ Prénom: _____

Père/Tuteur nom de famille: _____ Prénom: _____

Notes:

Adresse Permanente

Adresse Postale: _____

Ville/Village: _____ Province: _____

Code Postal: _____ Téléphone: _____ Cellulaire: _____

Email _____

Visé par:

Nom: _____

Département: _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

La Maison Ronald McDonald Terre-Neuve

150 Clinch Crescent

St. John's, NL, A1B 0L5

Téléphone: 709-738-0000, Télécopieur: 709-747-1270

Courriel Électronique: bonniebirmingham@rmhnl.ca

