



Ronald McDonald House
NEWFOUNDLAND
& LABRADOR

Formule de recommandation

Date : _____

PATIENT/E

Nom :		Prénom :	
Âge du/de la patient/e :		Date de naissance :	
Catégorie générale du diagnostic :			
Mère/tutrice Nom :		Prénom :	
Père/tuteur Nom :		Prénom :	
Tous les membres de la famille éligibles doivent être complètement vaccinés contre le COVID19			
Notes :	Veillez noter que tous les membres de la famille et leurs invités (de plus de 19 ans) devront confirmer par écrit qu'ils n'ont pas fait l'objet de condamnations pénales et/ou d'une enquête en cours. Si des condamnations pénales/enquêtes existent, une procédure distincte doit être suivie.		

ADRESSE PERMANENTE

Adresse :			
Ville/municipalité :		Province :	
Code postal :		Téléphone :	
Cellulaire :		Télécopieur :	

BESOINS D'HÉBERGEMENT :

Date de la première nuit :		Durée estimée du séjour : nbre de nuits	
Avez-vous déjà séjourné au Manoir Ronald McDonald TNL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

RÉFÉRÉ/E PAR : À remplir seulement par un professionnel de la santé ou un travailleur social associé au dossier de la famille ci-dessus

Nom complet :		Service médical :	
Courriel :		Téléphone :	

Signature de la

personne témoin