



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 :	
Notes :	<b>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.</b>		

### **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