

FORMULAIRE DE DÉCLARATION QUOTIDIENNE DE LA VARICELLE

Télécopieur : (705) 474-2809

DATE : _____

NOM DE LA GARDERIE
OU DE L'ÉCOLE : _____

Nom de l'enfant	Prénom	Sexe	Date de naissance aa-mm-jj	Nom du père ou de la mère	Adresse postale	Numéro de téléphone

NOTE :

- N'inclure que les NOUVEAUX cas de varicelle.

Directeur ou son délégué : _____

Date : _____

Programme de contrôle des maladies transmissibles

Téléphone : (705) 474-1400 ou 1 800 563-2808

Télécopieur : (705) 474-2809

Page _____ de _____



Bureau de santé
du district de North Bay-Parry Sound