

## **FORMULAIRE D'INFORMATIONS EN CAS D'URGENCE**

Nom d'employé	_____	Adresse	_____
No. de téléphone	_____		_____

### Instructions spéciales:

En cas d'urgence médicale, existe-t-il des procédures d'urgence ou des restrictions sur les médicaments dont la personne  
D'urgence doit être informé? Si oui, veuillez expliquer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Contacts en cas d'urgence

<b>Contact principal en cas d'urgence</b>	
Nom	Relation _____
Adresse	No. de téléphone _____
	No. de téléphone secondaire _____
<b>Contact secondaire en cas d'urgence:</b>	
Nom	Relation _____
Adresse	No. de téléphone _____
	No. de téléphone secondaire _____

### Contact Médical

Nom du docteur	Adresse
_____	_____
No. de téléphone	
_____	_____

### Autorisation

**En cas d'urgence, j'ai volontairement fourni les informations de contact ci-dessus et autorise A-Line Atlantic Inc.  
Et ses représentants à contacter l'une des personnes ci-dessus en mon nom**

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'employé*

\_\_\_\_\_  
*Date*