



# À propos de la personne soignante 1 de 1

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Date de naissance du demandeur : \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ

## Renseignements sur la personne soignante

À compléter si une ou plusieurs personnes soignantes sont responsables du demandeur.

J'accepte de recevoir l'infolettre d'Hydrothicaire qui présente des nouvelles et des mises à jour, et fait promotion des produits d'Hydrothicaire. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Nom de la personne soignante : \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Date de naissance de la personne soignante : \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ      Sexe de la personne soignante :  H       F

Autre: \_\_\_\_\_

Courriel de la personne soignante : \_\_\_\_\_ FACULATATIF

Numéro de téléphone de la personne soignante : \_\_\_\_\_ FACULATATIF     

Autre numéro de téléphone de la personne soignante : \_\_\_\_\_ FACULATATIF     

Les messages via la messagerie vocale peuvent être laissés à ce numéro

## Déclaration

Je \_\_\_\_\_ NOM DE LA PERSONNE SOIGNANTE \_\_\_\_\_ suis responsable de \_\_\_\_\_ NOM DU DEMANDEUR

Signature de la personne soignante

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ

## Renseignements sur la personne soignante remplaçante

À compléter si une ou plusieurs personnes soignantes sont responsables du demandeur.

J'accepte de recevoir l'infolettre d'Hydrothicaire qui présente des nouvelles et des mises à jour, et fait promotion des produits d'Hydrothicaire. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Nom de la personne soignante remplaçante : \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Date de naissance de la personne soignante remplaçante : \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ      Sexe de la personne soignante remplaçante :  H       F

Autre: \_\_\_\_\_

Courriel de la personne soignante remplaçante : \_\_\_\_\_ FACULATATIF

Numéro de téléphone de la personne soignante remplaçante : \_\_\_\_\_ FACULATATIF     

Autre numéro de téléphone de la personne soignante remplaçante : \_\_\_\_\_ FACULATATIF     

Les messages via la messagerie vocale peuvent être laissés à ce numéro

## Déclaration

Je \_\_\_\_\_ NOM DE LA PERSONNE SOIGNANTE REMPLAÇANTE \_\_\_\_\_ suis responsable de \_\_\_\_\_ NOM DU DEMANDEUR

Signature de la personne soignante remplaçante

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ

