



MOCLI60829

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

**DEMANDE DE SERVICE
CLIENTÈLE SANS MÉDECIN DE FAMILLE**

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Compléter tous les champs dans la section ci-dessus à droite, sauf le numéro de dossier si inconnu.

Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____

Adresse de l'utilisateur : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ ☐ Autorisation de laisser un message

Courriel : _____ ☐ Usager consent à recevoir un courriel

Identification de la personne à contacter pour la prise du rendez-vous (si différent de l'utilisateur) :

☐ Représentant légal de l'utilisateur ☐ Autre personne Lien avec l'utilisateur : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

RAISON DE LA CONSULTATION

☐ Note médicale jointe

Délai attendu pour le Rdv : si < 48 heures, contacter la ligne pour PROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ du GAP au 1-833-836-0183

☐ 48-72 heures ☐ < 5 jours ☐ 1 à 2 semaines ☐ 3 à 4 semaines ☐ 2 à 3 mois

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Programme/service : _____

Téléphone : _____ Autre téléphone (précisez) : _____

Courriel : _____ Télécopieur : _____

Signature : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

MODALITÉS DE TRANSMISSION DE LA DEMANDE COMPLÉTÉE

Le présent document formulaire dûment rempli doit être transmis par
courriel à gap.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 450-897-1891