**FORMULAIRE DE CONTACT D'URGENCE DE L'EMPLOYÉ**

| RENSEIGNEMENTS SUR LES EMPLOYÉS |
| --- |
| NOM DE L'EMPLOYÉ |  | ID DE L'EMPLOYÉ |  |
| SSN |  | POSITION |  |
| ADRESSE |  | TÉLÉPHONE 1 |  |
|  | TÉLÉPHONE 2 |  |
|  | MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE |  |
|  | DATE D'ACHÈVEMENT |  |
| CONTACTS D'URGENCE |
| NOM DU CONTACT 1 |  | RELATION |  |
| TÉLÉPHONE 1 |  | TÉLÉPHONE 2 |  |
| ADRESSE |  |
| NOM DU CONTACT 2 |  | RELATION |  |
| TÉLÉPHONE 1 |  | TÉLÉPHONE 2 |  |
| ADRESSE |  |

|  |
| --- |
| **COMMENTAIRES** Veuillez fournir des détails sur toute information médicale ou personnelle que vous souhaitez partager avec un fournisseur de soins d'urgence. |
| ALLERGIES |  |
| ALLERGIES AUX MÉDICAMENTS |  |
| MÉDICAMENTS ACTUELLEMENT PRIS |  |
| AUTRE |  |

| COORDONNÉES MÉDICALES |
| --- |
| NOM DU MÉDECIN |  | TÉLÉPHONE |  |
| NOM DU DENTISTE |  | TÉLÉPHONE |  |
| HÔPITAL PRÉFÉRÉ |  | TÉLÉPHONE |  |

|  | Les informations ci-dessus ont été fournies volontairement, et j'autorise le contact en mon nom en cas d'urgence. |
| --- | --- |

| SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ |  | DATE |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOUMETTEZ LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À** |  | **REC'D PAR** |  | **DATE REC'D** |  |

|  |
| --- |
| **DÉMENTI**Tous les articles, modèles ou informations fournis par Smartsheet sur le site Web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et correctes, nous ne faisons aucune déclaration ou garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite, quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité en ce qui concerne le site Web ou les informations, articles, modèles ou graphiques connexes contenus sur le site Web. Toute confiance que vous accordez à ces informations est donc strictement à vos propres risques. |