



SERVICE D'INTERPRÉTATION
VISUELLE ET TACTILE

Formulaire d'ouverture de dossier client

NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE		
VILLE		
RÉGION		
MRC		
CODE POSTAL		
TÉLÉPHONE	CELLULAIRE (TEXTO)	
	ATS	
	SRV	
TÉLÉCOPIEUR		
COURRIEL		
SKYPE		
NUMÉRO DE CARTE D'ASSURANCE MALADIE		
DATE DE NAISSANCE		
MODE DE COMMUNICATION	LSQ <input type="checkbox"/>	ORAL <input type="checkbox"/> LSQ-TACTILE <input type="checkbox"/>

En cas d'urgence, nom et coordonnées de la personne à contacter :

NOM		TÉLÉPHONE	
-----	--	-----------	--

Service d'interprétation visuelle et tactile (SIVET)
4315, rue Frontenac, bureau 300, Montréal (Québec) H2H 2M4
Télécopieur : (514) 285-1443
www.sivet.ca