

**FORMULAIRE DE DÉCLARATION QUOTIDIENNE  
DE LA VARICELLE**

DATE : \_\_\_\_\_

**NOM DE LA GARDERIE  
OU DE L'ÉCOLE :** \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant	Date de naissance aa-mm-jj	Nom du père ou de la mère	Adresse postale	Numéro de téléphone

**NOTE :**

- N'inclure que les NOUVEAUX cas de varicelle.

Directeur ou son délégué : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Programme de contrôle des maladies transmissibles**

Téléphone : (705) 474-1400 ou 1 800 563-2808

Télécopieur : (705) 474-2809

Courriel : dalebr@nbdhu.on.ca

