

# FORMULAIRE DE DÉCLARATION QUOTIDIENNE DE LA VARICELLE

Télécopieur : (705) 474-2809

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

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

Nom de l'enfant	Prénom	Sexe	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

Courriel : [dale.britton@nbpsdhu.ca](mailto:dale.britton@nbpsdhu.ca)

Page \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

WIF-CDC-030-01-F



**Bureau de santé**  
du district de North Bay-Parry Sound