|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODÈLE DE REGISTRE** |

Dans l’éventualité où la Santé publique aurait à vous contacter, merci d’indiquer les informations suivantes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **LIEU** | **ACTIVITÉ** | **HEURE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **NOM** | **TÉLÉPHONE** | ou | **COURRIEL** |
| 1 |  | ( ) —  |  |
| 2 |  | ( ) —  |  |
| 3 |  | ( ) —  |  |
| 4 |  | ( ) —  |  |
| 5 |  | ( ) —  |  |
| 6 |  | ( ) —  |  |
| 7 |  | ( ) —  |  |
| 8 |  | ( ) —  |  |
| 9 |  | ( ) —  |  |
| 10 |  | ( ) —  |  |
| 11 |  | ( ) —  |  |
| 12 |  | ( ) —  |  |
| 13 |  | ( ) —  |  |
| 14 |  | ( ) —  |  |
| 15 |  | ( ) —  |  |
| 16 |  | ( ) —  |  |
| 17 |  | ( ) —  |  |
| 18 |  | ( ) —  |  |
| 19 |  | ( ) —  |  |
| 20 |  | ( ) —  |  |
| 21 |  | ( ) —  |  |
| 22 |  | ( ) —  |  |
| 23 |  | ( ) —  |  |
| 24 |  | ( ) —  |  |
| 25 |  | ( ) —  |  |