

COORDONNÉES DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE DE MON ADOLESCENT

Notez les noms et les coordonnées des personnes ou des services auxquels votre adolescent a recours du côté pédiatrique et du côté adulte.

	Professionnels de la santé (nom/rôle)	Informations sur le contact (téléphone/courriel)	Pédiatrique	Adulte
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>