

## CLIENT CONTACT FORM COORDONNEES DU CLIENT

Name / Nom: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_ Birthdate / Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Gender / Genre: \_\_\_\_\_ Relationship status / État matrimonial: \_\_\_\_\_

Address / Adresse : \_\_\_\_\_

City / Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Postal code / Code postal : \_\_\_\_\_

Email / Courriel : \_\_\_\_\_

Home phone / Numéro à domicile : \_\_\_\_\_

Cell phone / Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Work phone / Numéro au travail : \_\_\_\_\_

- ✓ Please indicate at which number(s) it is safe to leave a voicemail  
*Veuillez indiquer à quel numéro Sarah peut laisser un message*

How did you find out about these services? / Comment avez-vous découvert nos services?

### PRIMARY PHYSICIAN / MEDECIN

Name / Nom: \_\_\_\_\_ Number / Numéro : \_\_\_\_\_

### EMERGENCY CONTACT / PERSONNE-CONTACT EN CAS D'URGENCE

Name / Nom: \_\_\_\_\_ Number / Numéro : \_\_\_\_\_

Relationship to you / Relation avec toi : \_\_\_\_\_

### \*IF CLIENT IS A MINOR / SI CLIENT EST MINEUR

Legal guardian / Tuteur légal : \_\_\_\_\_

Relationship to client / Relation avec le client:  Parent  Other / Autre: \_\_\_\_\_

Address / Adresse : \_\_\_\_\_ City / Ville: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Phone number(s) / Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_