



LA PETITE ROUTE DE LAIT DE L'OUTAOUAIS

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Merci d'offrir aux femmes qui allaitent un lieu accueillant pour elles et leur bébé!

Date : _____

Nom du commerce, service municipal, organisme communautaire, organisme public ou gouvernemental, etc. : _____

Adresse : _____

Ville et code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Site internet (si disponible) : _____

Page Facebook (si disponible) : _____

Personne contact :

J'accepte que le nom de mon organisme soit inscrit sur le site du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais (section Petite route de lait de l'Outaouais) Oui

En faisant parvenir ce formulaire à la Direction de santé publique du CISSS de l'Outaouais, je consens à participer à La petite route de lait et je m'engage à offrir à toutes les mères, un accueil chaleureux et un lieu convenable où répondre aux besoins de leur enfant avant de poursuivre leur route et ce, sans achat requis de leur part : Oui



Nombre souhaité de pictogrammes: autocollant en plastique de 10½ cm X 11½ cm : _____

Complétez et envoyez ce formulaire par télécopieur au 819 777-0271 ou par courriel à l'adresse suivante : kimharris@ssss.gouv.qc.ca

Pour plus de renseignements, communiquez avec Kim Harris au 819-208-2908.