

Programme TIRE-LAIT POUR PRÉMA

Confirmation de retour du tire-lait



Date : _____

La présente confirme le retour du tire-lait # _____

à l'unité néonatale _____

suite à la fin de l'admissibilité au Programme TIRE-LAIT POUR PRÉMA.

PERSONNEL HOSPITALIER

Signature

Nom et Fonction

PARENT

Signature

Nom

COMMUNIQUER AVEC PRÉMA-QUÉBEC SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS