

It's a matter of public health

Chicago Department  
of Public Health

CDPH



PREFERUJĘ ROZMAWIAĆ W JĘZYKU

MÓJ NUMER TELEFONU TO

NAZYWAM SIĘ

NIE MOGĘ SIĘ KOMUNIKOWAĆ

# PRZYGOTUJ

## SIEBIE I SWOJĄ RODZINĘ



# WYPISZ, CO CHCESZ PRZEKAZAĆ INNYM, JEŚLI NIE BĘDZIESZ W STANIE SIĘ KOMUNIKOWAĆ

---

---

---

---

---

## **Kto może Ci pomóc?**

Imię i nazwisko:

Numer  
telefonu:

## **Najbliższy członek rodziny:**

Imię i nazwisko:

Numer  
telefonu:

## **Sąsiad dysponujący samochodem:**

Imię i nazwisko:

Numer  
telefonu:

## **Osoba kontaktowa poza miastem:**

Imię i nazwisko:

Numer  
telefonu:

## **Lekarz:**

Imię i nazwisko:

Numer  
telefonu: