

INSCRIPTION / REGISTRATION

Note : Ne pas envoyer ce formulaire avant d'avoir parlé à une infirmière de triage et d'avoir une date de rendez-vous.
Tout formulaire sans date de rendez-vous ne sera pas accepté.

Do not send this form before you have spoken to a triage nurse and have an appointment date.
All forms without an appointment date will be rejected.

Nom / Last Name: _____ Prénom / First Name: _____

DDN / DOB: _____ Sexe / Sex: M F Autre / Other
JJ / DD MM / MM AAAA / YYYY

Code postal / Postal code: R2J R2H R3X Autre / Other

Langue / Language: français / French anglais / French autre / Other

Adresse / Address: _____ Winnipeg, Manitoba
numéro / number rue / street numéro d'appartement / apartment number

Téléphone / Telephone: _____

Date du rendez-vous d'inscription avec une infirmière du Centre de santé :
Registration appointment date with a Centre de santé nurse:

_____ JJ / DD MM / MM AAAA / YYYY HEURE / TIME

.....

CONSETEMENT / CONSENT

Partie / Part 1: Client

Nom / Last Name: _____ Prénom / First Name: _____

Je permets à la personne autorisée nommée à la partie 2 de communiquer les renseignements ci-dessus au Centre de santé Saint-Boniface en vue de mon inscription comme client de cet organisme.

I authorize the person named in Part 2 to provide Centre de santé Saint-Boniface with the information below for purposes of registering me as a Centre de santé client.

Signature: _____ Date: _____

Partie / Part 2: Source du renvoi / Source of Referral

Nom / Last Name: _____ Prénom / First Name: _____

Organisation / Organization: _____

Téléphone / Telephone: _____

Je comprends que j'ai le droit de communiquer avec le Centre de santé Saint-Boniface et que le Centre de santé Saint-Boniface a le droit de communiquer avec moi pour échanger les renseignements ci-dessus sur la personne nommée à la partie 1 en vue d'inscrire cette personne au Centre de santé.

It understand that I am entitled to communicate with Centre de santé Saint-Boniface and that Centre de santé Saint-Boniface is entitled to communicate with me to share the above information on the person named in Part 1 to register this person with Centre de santé.

Signature: _____ Date: _____