

FORMULE CFS-3(F)

AVIS DE MATERNITÉ

Services à
la famille
et Logement
Manitoba

Loi sur les services à l'enfant et à la famille
[paragraphe 9(4)]

DIRECTIVES : Formule devant être remplie par une maternité ou un hôpital au moment de l'admission d'une femme mineure célibataire en vue de la prestation de soins durant sa grossesse ou lors de l'accouchement.

DESTINATAIRE : Directeur des services à l'enfant et à la famille
Winnipeg (Manitoba)

PARTIE A Renseignements généraux

Mère :

Nom et prénom(s)

Date de naissance : Jour Mois _____ Année _____

Adresse permanente Adresse actuelle

Date d'admission : Jour Mois _____ Année _____

Office :

Bureau :

Employé(e) :

Téléphone :

Date d'accouchement prévue : Jour Mois _____ Année _____

NOTE : Les renseignements indiqués ci-dessus doivent être transmis par les maternités au moment de l'admission en vue de la prestation de soins et par les hôpitaux à la naissance d'un enfant.

PARTIE B Renseignements relatifs à la naissance

Enfant :

Nom et prénom(s)

Date de naissance : Jour

Mois _____

Année _____

Sexe _____

Date de sortie prévue :

Autres remarques :

Nom de l'établissement

Administrateur

Date

Copie 1 - Directeur
Copie 2 - Office
Copie 3 - Établissement