

FORMULE CFS-3(F)

AVIS DE MATERNITÉ

*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