

À compléter pour votre hospitalisation et pour l'émission du Bulletin de naissance (SP-1) de votre enfant. **S.V.P.**  
**écrire lisiblement.**

Votre médecin traitant :		Date prévue d'accouchement ____ / ____ / ____ <small>Année Mois Jour</small>	
N° de votre carte d'hôpital (CHUL)	N° d'assurance maladie du Québec (Carte soleil)	Date d'expiration (obligatoire) ____ / ____ <small>Année Mois</small>	
Votre Nom	Votre prénom	Votre date de naissance ____ / ____ / ____ <small>Année Mois Jour</small>	Votre lieu de naissance
Nom du conjoint		Prénom du conjoint	
Nom de votre père	Prénom de votre père	Nom de votre mère	Prénom de votre mère
Votre Adresse _____ <small>N° civique Rue Ville Province Code postal (Ind.Rég) -</small>			N° Téléphone
En cas d'urgence avertir :		N° Téléphone (Ind.Rég) -	Lien de parenté

### CHOIX DE CHAMBRE

<input type="checkbox"/> Privée	<input type="checkbox"/> Semi-privée	<input type="checkbox"/> Salle (Sans frais)	
Titulaire de la police d'assurance :			
<input type="checkbox"/> Vous	<input type="checkbox"/> Conjoint	_____ Nom de l'employeur du <u>titulaire</u> de la police	
Nom de la compagnie d'assurance	N° de certificat	N° de contrat	N° de groupe

### RENSEIGNEMENTS POUR LE BULLETIN DE NAISSANCE DE VOTRE ENFANT

Nom du père de l'enfant	Prénom du père de l'enfant	Lieu de naissance du père (province ou pays)	
Date de naissance du père		Langue maternelle du père de l'enfant	
Langue maternelle de la mère		Langue d'usage à la maison	
État matrimonial (obligatoire)	Situation de couple (obligatoire)	Dernier niveau de scolarité réussi par la mère	
<input type="checkbox"/> Célibataire (jamais mariée) <input type="checkbox"/> Mariée et vivant avec son conjoint <input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Séparée légalement <input type="checkbox"/> Séparée sans séparation légale	<input type="checkbox"/> Vivant en situation de couple <input type="checkbox"/> Ne vivant pas en situation de Couple	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collégiale <input type="checkbox"/> Universitaire
Date du dernier mariage (s'il y a lieu) ____ / ____ / ____ <small>Année Mois Jour</small>		Nombre(s) d'année(s) de scolarité _____	
Nombres d'enfants nés de grossesses antérieures (exclure la présente grossesse)		Date de la dernière naissance vivante	
Nés vivants _____	Mort-nés (500 grammes et plus) _____	____ / ____ / ____ <small>Année Mois Jour</small>	

GRM Retourner à l'admission par télécopieur au : 418 654-2781 (CHUL) ou 418 525-4349 (Hôpital Saint-François d'Assise)

**CHUL**  
2705, boulevard Laurier  
Québec (Québec) G1V 4G2

**L'Hôtel-Dieu de Québec**  
11, côte du Palais  
Québec (Québec) G1R 2J6

**Hôpital Saint-François d'Assise**  
10, rue de l'Espinay  
Québec (Québec) G1L 3L5