

## INSCRIPTION DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS ADOPTÉS

### VEUILLEZ CHOISIR L'UNE DES DEUX OPTIONS SUIVANTES

NOUVEAU-NÉ       ADOPTION

### **DOCUMENTS REQUIS**

Pour l'inscription des nouveau-nés, le certificat de naissance délivré par le gouvernement est requis pour chaque enfant.

Pour l'inscription des enfants adoptés, les documents d'adoption officiels ou le certificat de naissance délivré par le gouvernement attestant le nouveau nom est requis pour chaque enfant.

### **ADRESSE POSTALE RÉSIDENTIELLE (en lettres moulées)**

Rue / C.P.		
Municipalité	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Cellulaire	Courriel

### **RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT OU TUTEUR**

Numéro de carte du MCP	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Nom de famille	Prénom(s)

### **ENFANT(S) À INSCRIRE**

Nom de famille	Prénom(s) (au complet)		Sexe (M / F)	Date de naissance		
	Premier prénom	Deuxième prénom		(AAAA)	(MM)	(JJ)

### **DÉCLARATION (à signer par le parent ou le tuteur)**

TOUTE PERSONNE QUI FOURNIT DE FAUX RENSEIGNEMENTS POUR OBTENIR UNE COUVERTURE DU RÉGIME D'ASSURANCE-SOINS MÉDICAUX (MCP) DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR COMMET UNE INFRACTION

Je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et que les personnes dont le nom figure sur le présent formulaire sont résidentes de Terre-Neuve-et-Labrador.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**INTENTION D'ÊTRE DONNEUR D'ORGANES ET DE TISSUS** - Si vous désirez que le nom de votre enfant soit ajouté à la liste de donneurs d'organes et de tissus, veuillez remplir la partie ci-dessous.

Nom en lettres moulées	Signature	Nom en lettres moulées	Signature
Nom en lettres moulées	Signature	Nom en lettres moulées	Signature

### **ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ**

Le Régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve-et-Labrador (MCP) recueille des renseignements médicaux personnels en vertu de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*. Les renseignements médicaux personnels sont recueillis, utilisés, divulgués et conservés en conformité avec les dispositions de la *Personal Health Information Act (PHIA)*. Si vous avez des questions concernant la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez vous adresser à nos bureaux. L'énoncé de confidentialité du ministère de la Santé et des Services communautaires se trouve au [www.health.gov.nl.ca/health/PHIA](http://www.health.gov.nl.ca/health/PHIA).

### **Bureau de Grand Falls-Windsor**

MCP, 22, rue High, C.P. 5000, Grand Falls-Windsor (TNL) A2A 2Y4  
Téléphone : 709-292-4000 Sans frais : 1-800-563-1557 Téléc. : 709-292-4052

### **Bureau de St. John's**

MCP, 45, Major's Path, C.P. 8700, St. John's (TNL) A1B 4J6  
Téléphone : 709-758-1600 Sans frais : 1-866-449-4459 Téléc. : 709-758-1694