eHealth Saskatchewan

Registres de santé
2130 11th Avenue, Regina, Saskatchewan, S4P 0J5
Sans frais : 1-800-667-7551 Télécopieur : 306-787-8951

DEMANDE DE CERTIFICAT DE MORTINAISSANCE

Veuillez lire attentivement les directives et écrire lisiblement. Les demandes incomplètes NE SERONT PAS traitées.
La demande est incomplète si les cases marquées d'un astérisque *ne sont pas remplies.

Détails sur la commande

1 **DÉTAILS SUR LE DOCUMENT**

Type de document demandé	*Quantité	Type de document demandé	*Quantité
Certificat commémoratif (35 $)		Photocopie certifiée conforme de l'enregistrement de mortinaissance (55 $)	
		Photocopie généalogique de l'enregistrement de mortinaissance (55 $)	

Détails sur la mortinais

2 **RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE NOMMÉE SUR LE CERTIFICAT (« le sujet »)**

3 ***Nom de famille du sujet**

4 ***Prénom du sujet**

5 Autres(s) prénom(s) du sujet

6 ***Date de mortinaissance du sujet** (MM/JJ/AAAA)

7 ***Lieu de mortinaissance du sujet** – Ville, village, autre , Saskatchewan

8 Nº d'enregistrement de la mortinaissance

Détails sur la mère

9 ***Nom de famille de la mère à sa naissance**

10 ***Prénom de la mère**

11 Autre(s) prénom(s) de la mère

12 Nom de famille actuel de la mère

13 Date de naissance de la mère (MM/JJ/AAAA)

14 ***Lieu de naissance de la mère** – Ville/village/autre **ET** province/État **ET** pays

Détails sur le père

15 Nom de famille du père à sa naissance (s'il figure sur l'enregistrement de naissance)

16 Prénom du père

17 Autre(s) prénom(s) du père

18 Nom de famille actuel du père

19 Date de naissance du père (MM/JJ/AAAA)

20 Lieu de naissance du père – Ville/village/autre **ET** province/État **ET** pays

Détails sur les autres parents

21 Nom de famille de l'autre parent à sa naissance (s'il figure sur l'enregistrement de naissance)

22 Prénom de l'autre parent

23 Autre(s) prénom(s) de l'autre parent

24 Nom de famille actuel de l'autre parent

25 Date de naissance de l'autre parent (MM/JJ/AAAA)

26 Lieu de naissance de l'autre parent – Ville/village/autre **ET** province/État **ET** pays

27 Nom de famille de l'autre parent à sa naissance (s'il figure sur l'enregistrement de naissance)

28 Prénom de l'autre parent

29 Autre(s) prénom(s) de l'autre parent

30 Nom de famille actuel de l'autre parent

31 Date de naissance de l'autre parent (MM/JJ/AAAA)

32 Lieu de naissance de l'autre parent – Ville/village/autre **ET** province/État **ET** pays

Détails sur le demandeur Détails sur l'adresse d'envoi

33 **LA PERSONNE QUI DEMANDE LE CERTIFICAT « le demandeur » DOIT REMPLIR LA SECTION SUIVANTE**
***La photocopie lisible d'une pièce d'identité du demandeur DOIT être annexée à la présente demande**

34***Prénom du demandeur**

35 Autre(s) prénom(s) du demandeur

36 ***Nom de famille actuel du demandeur**

37 ***Adresse postale :** numéros d'appartement, de rue ou de case postale; nom de rue

38 À l'attention de : (pour une adresse d'entreprise)

39 ***Ville/village/autre**

40 ***Province/État**

41 ***Pays**

42 Code postal

43 Téléphone – domicile

44 Téléphone - Travail Cellulaire

45 Courriel

46 ***Raison de la demande**

47 ***Relation du demandeur avec la personne nommée**
Mère Père Autre parent
Autre _____

48 ***Méthode de livraison demandée**
Poste Remis en mains propres
Service urgent

49 ***Méthode de paiement (EN DOLLARS CANADIENS SEULEMENT)**
Débit ou Comptant : en personne seulement Chèque ou Mandat : à l'ordre de l'eHealth Saskatchewan
Si Visa, MasterCard (Remplir le formulaire des renseignements sur les paiements et le joindre à la présente demande)

50 ***Montant du paiement**

51 ***Signature du demandeur**

52 ***Date de la signature** (MM/JJ/AAAA)

***La photocopie lisible d'une pièce d'identité du demandeur DOIT être annexée à la présente demande**