



P.O. BOX / C.P. 6308 - 68 RUE MICHAUD ST.
STURGEON FALLS, ON - P2B 1B8
TEL/TÉL 705-753-0151 - FAX/TÉLÉC 705-753-5387

CLIENT REGISTRATION FORM

REGISTRATION FORM

Fill out and sign this form. Send it by fax at 753-5387
or by mail to 68 Michaud Street, P.O. Box 6308, Sturgeon Falls, ON P2B 1B8

Information: (Please print)

Last Name:		First name:	
<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Other	Date of Birth: YYYY/MM/DD
Telephone: home	Cell:	E-mail:	
Address:		Town:	Postal Code:
Do you consider yourself Aboriginal? (First Nation, Metis or Inuit?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Which language do you speak at home? <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	In which language do you prefer to receive your services? <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> English	

Name of spouse:		*** Please note that spouse must complete separate form***
------------------------	--	---

Do you currently have a doctor or specialist?

If yes Name of doctor:		Name of specialist:	
<i>Children: Fill out this section if your request includes your children younger than age 16</i>		*** Please note that age 16 and older must complete own form***	

Child 1 - Name:		Date of birth:	
Child 2 - Name:		Date of birth:	
Child 3 - Name:		Date of birth:	

More than 4 children? if yes , please attach separate sheet <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you pregnant?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	---

CONTACT PERSON OR PERSON TO CALL IN CASE OF EMERGENCY		
Name:	Relationship:	Tél:

Health issues:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> back pain | <input type="checkbox"/> bipolar / schizophrenia |
| <input type="checkbox"/> respiratory | <input type="checkbox"/> kidney or liver problems |
| <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> arthritis / fibromyalgia |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> hypertension |
| <input type="checkbox"/> digestive | <input type="checkbox"/> heart problems (stroke ...) |
| <input type="checkbox"/> urinary | <input type="checkbox"/> depression / anxiety |
| <input type="checkbox"/> bowel | <input type="checkbox"/> other |

List of medication: (please attach separate sheet if needed).

Signature:

Date:

FOR USE OF THE WNCCHC

Date of 1st visit:	Time:	By:
--------------------	-------	-----



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Remplir ce formulaire et apposer votre signature. Faire parvenir par télécopieur au 753-5387
ou par la poste au 68 rue Michaud, boîte postale 6308, Sturgeon Falls, ON P2B 1B8

Information: (S.V.P) Imprimer

Nom:		Prénom:	
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	Date naissance: AAAA/MM/JJ
Téléphone: (maison)	Cellulaire:	Courriel:	
Adresse:		Ville:	Code postal:
Vous considérez-vous comme une personne autochtone? (Première nation, Métis ou Inuit)?		Quelle langue parlez-vous à la maison?	Dans quelle langue préférez-vous recevoir vos services?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Nom du conjoint(e):	*** Le conjoint doit remplir son propre formulaire***		

Avez-vous un médecin ou spécialiste présentement?

Si oui Nom du médecin:	Spécialiste:	*** 16 ans ou plus doit remplir son propre formulaire***
Enfant(s):: Compléter si votre demande inclut vos enfants de moins de 16 ans:		

Enfant 1 - Nom:	Date de naissance:
Enfant 2 - Nom:	Date de naissance:
Enfant 3 - Nom:	Date de naissance:
Plus de 4 enfants ? Si oui , SVP attachez feuilles séparées	Etes-vous enceinte:
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PERSONNE CONTACT OU PERSONNE A AVERTIR EN CAS D'URGENCE

Nom:	Lien:	Tél:
------	-------	------

Votre santé:

Liste de médicaments: (ou attacher une liste fournie par votre pharmacien)

<input type="checkbox"/> mal au dos	<input type="checkbox"/> bipolaire / schizophrénie	_____
<input type="checkbox"/> respiratoires	<input type="checkbox"/> rénaux ou hépatiques	_____
<input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/> arthrite /fibromyalgie	_____
<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> hypertension	_____
<input type="checkbox"/> digestifs	<input type="checkbox"/> problèmes cardiaques/ACV	_____
<input type="checkbox"/> urinaires	<input type="checkbox"/> dépression / anxiété	_____
<input type="checkbox"/> intestinaux	<input type="checkbox"/> autre	_____

Les renseignements fournis sur ce formulaire seront utilisés conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

Signature:

Date:

POUR L'UTILISATION DU CSCNO SEULEMENT

1ere Visite (date):	Heure:	Par:
---------------------	--------	------