**Client Name**/*Nom du client*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D.O.B (d/m/y)** /*Date de naissance* (j/m/a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Health Card number** /Numéro d’Assurance Santé: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Phone # :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Email**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Home address** /*Adresse du domicile*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Shipping address** /*Adresse de livraison*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name of adult if applicant under 18 years old** /*Nom de l’adulte pour application de moins de 18 ans.*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adult D.O.B if applicable** /*Date de naissance*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Health Care Practitioner Name** /*Nom du (de la) praticien(ne) de sante*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Medical document** /*Document médical:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date** :­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(For office use /** Pour l’utilisation au bureau**)**

**Unique ID/** ID unique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_