



## PATIENT REGISTRATION/INSCRIPTION DU PATIENT

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

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

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

**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:** \_\_\_\_\_