

**Notice of Maternity/Avis de maternité**

The Child and Family Services Act/Loi sur les services à l'enfant et à la famille [subsection 9 (4) / paragraphe 9 (4)]

**INSTRUCTIONS:** To be completed by a maternity institution or hospital upon admission of a minor single mother for care during pregnancy or labour and delivery.**DIRECTIVES :** Formule devant être remplie par une maternité ou un hôpital au moment de l'admission d'une femme mineure célibataire en vue de la prestation de soins durant sa grossesse ou lors de l'accouchement.**TO/DESTINATAIRE :** Director of Child and Family Services/Directeur des services à l'enfant et à la famille  
Winnipeg, Manitoba**PART A:** General Information**PARTIE A :** Renseignements générauxMother/Mère : \_\_\_\_\_  
Full Name/Nom et prénom(s)

Birthdate/Date de naissance : Day/Jour : \_\_\_\_\_ Month/Mois : \_\_\_\_\_ Year/Année : \_\_\_\_\_

Permanent Address: \_\_\_\_\_ Current Address: \_\_\_\_\_

Adresse permanente : \_\_\_\_\_ Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Admission Date/Date d'admission : Day/Jour : \_\_\_\_\_ Month/Mois : \_\_\_\_\_ Year/Année : \_\_\_\_\_

Agency/Office : \_\_\_\_\_ Worker/Employé(e) : \_\_\_\_\_

Office/Bureau : \_\_\_\_\_

Phone/Téléphone : \_\_\_\_\_

Expected Delivery Date:  
Date d'accouchement prévue : Day/Jour : \_\_\_\_\_ Month/Mois : \_\_\_\_\_ Year/Année : \_\_\_\_\_**NOTE:** Above information to be forwarded by maternity institutions on admission for care and by hospitals on the birth of a child.

Les renseignements indiqués ci-dessus doivent être transmis par les maternités au moment de l'admission en vue de la prestation de soins et par les hôpitaux à la naissance d'un enfant.

**PART B:** Birth information**PARTIE B :** Renseignements relatifs à la naissanceChild/Enfant : \_\_\_\_\_  
Full Name/Nom et prénom(s)

Birthdate/Date de naissance : Day/Jour : \_\_\_\_\_ Month/Mois : \_\_\_\_\_ Year/Année : \_\_\_\_\_ Sex/Sexe : \_\_\_\_\_

Discharge Plans/Date de sortie prévue :

Additional Comments/Autres remarques :

Name of Institution/Nom de l'établissement

Signature of Administrator/Administrateur

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