



Gestion confiée au
Bureau de la statistique du Québec

LIEU DE LA NAISSANCE

1. Nom de l'établissement où a eu lieu la naissance		2. Code d'établissement
3. Adresse de l'endroit où a eu lieu la naissance (n°, rue, municipalité, province ou pays)		Code postal

IDENTIFICATION DES PARENTS (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

MÈRE	4. Nom de famille du père			5. Prénom usuel		
	6. Date de naissance du père Année Mois Jour	7. Âge	8. Lieu de naissance du père (province ou pays)	9. Langue maternelle du père 01 <input type="checkbox"/> Français 02 <input type="checkbox"/> Anglais Autre		
PÈRE	10. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance)			11. Prénom usuel		12. N° de tél. où la mère peut être rejointe Indicatif régional
	13. Date de naissance de la mère Année Mois Jour	14. Âge	15. Lieu de naissance de la mère (province ou pays)	16. Langue maternelle de la mère 01 <input type="checkbox"/> Français 02 <input type="checkbox"/> Anglais Autre		
	17. Adresse du domicile de la mère (n°, rue, municipalité, province ou pays)			Code postal		
	18. Langue d'usage à la maison 01 <input type="checkbox"/> Français 02 <input type="checkbox"/> Anglais Autre		19. État matrimonial de la mère 1 <input type="checkbox"/> Célibataire (jamais mariée) 2 <input type="checkbox"/> Mariée et vivant avec son conjoint 3 <input type="checkbox"/> Veuve		20. Situation de couple 1 <input type="checkbox"/> Vivant en situation de couple 2 <input type="checkbox"/> Ne vivant pas en situation de couple	
22. Nombre d'enfants nés de grossesses antérieures (exclure la présente grossesse) Nés vivants : Morts-nés (500 grammes et plus) :			23. Date de la dernière naissance vivante Année Mois Jour		24. Date du dernier mariage (s'il y a lieu) Année Mois Jour	

IDENTIFICATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

25. Nom de famille de l'enfant	26. Prénom(s)
--------------------------------	---------------

SIGNATURE DE LA MÈRE OU DU PÈRE

Je confirme l'exactitude des renseignements ci-dessus et j'autorise leur envoi au Bureau de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, à la Direction régionale de la santé publique et au Centre local de services communautaires.

27. Date de la signature Année Mois Jour	28. Signature d'au moins un des deux parents X
---	--

CERTIFICATION MÉDICALE DE LA NAISSANCE

29. Date et heure de naissance de l'enfant Année Mois Jour Heure(s) Minute(s)	30. Type de naissance 01 <input type="checkbox"/> Simple 02 <input type="checkbox"/> Double	31. En cas de naissance multiple (donner l'ordre) 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/>
32. Sexe de l'enfant 1 <input type="checkbox"/> Masculin 2 <input type="checkbox"/> Féminin 9 <input type="checkbox"/> Indéterminé	33. Poids à la naissance en grammes	34. Durée de la grossesse (semaines complètes)
35. Accoucheur (nom de famille et prénom usuel)	36. N° de permis (Corp. des médecins)	37. N° de téléphone au travail Indicatif régional
38. Adresse de l'accoucheur (n°, rue, municipalité, province)		Code postal
39. Qualité de l'accoucheur 1 <input type="checkbox"/> Médecin 2 <input type="checkbox"/> Infirmière	Autre (préciser)	40. Signature de l'accoucheur X
		41. Date de la signature Année Mois Jour

Les renseignements transmis sont sujets aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Les conditions sont énumérées au verso de la présente copie.

En cas de naissance multiple, veuillez remplir un bulletin de naissance vivante (SP-1) pour chaque enfant né vivant et un bulletin de mortinaissance (SP-4) pour chaque enfant mort-né.

Si un enfant décède immédiatement après sa naissance ou dans les jours qui suivent, on doit quand même remplir un bulletin de naissance vivante (SP-1) et un bulletin de décès (SP-3).