



# Attestation d'une déclaration de mortinaissance

Gestion confiée au  
Bureau de la statistique du Québec

Veuillez remplir cette déclaration à la machine ou en lettres moulées.  
Ne pas écrire dans les espaces ombrés. Appuyer fortement.

**Lieu de l'accouchement**

1- Nom du centre hospitalier où a eu lieu l'accouchement Code d'établissement

2- Adresse de l'endroit où a eu lieu l'accouchement (N°, rue, municipalité, comté, province ou pays étranger)

**Identification des parents**

3- Nom du père (si le père est inconnu, cocher (X) ici  et vous reporter à la question 9)

4- Prénom(s)

9- Nom de la mère (selon l'acte de naissance)

10- Prénom(s)

15- Adresse du domicile de la mère (N°, rue, municipalité, comté, province ou pays étranger) Code postal

**Signature de la mère ou du père**

Je confirme l'exactitude des renseignements ci-dessus. Les renseignements colligés sont transmis au Bureau de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au directeur de funérailles et au responsable de l'inhumation et de la crémation. Les renseignements transmis sont soumis 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 copie 2.

21a- Date de la signature 21b- Signature de la mère ou du père

Année Mois Jour X

**Constat médical**

22- Date de l'accouchement

Année Mois Jour

31- Nom et prénom du déclarant 32- Qualité du déclarant

Médecin  Infirmière Autre (préciser) 33- Date de la signature

Année Mois Jour

34- Signature du déclarant. J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances de cette mortinaissance. N° de permis (Corp. des médecins)

X

**Disposition du corps / Directeur de funérailles**

35- Mode de disposition 36- Nom du cimetière, du crématorium ou du centre hospitalier

Inhumation  Crémation  Étude de l'anatomie  Transport à l'extérieur du Québec

37- Adresse de l'endroit de disposition du corps (N°, rue, municipalité, comté, province ou pays étranger) 40- Signature du représentant

X

38- Date de disposition du corps 39- Nom et prénom du représentant

Année Mois Jour