

**Soin des mamans – Programme  
canadien de nutrition prénatale (PCNP)  
FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

Date de la demande : (jj/mm/aaaa)		Nom de la cliente :	
Date de naissance : (jj/mm/aaaa)		Adresse :	
Si enceinte, date d'accouchement prévue :		Si l'enfant est né(e), date de naissance :	
Numéro de téléphone :		Cellulaire :	
Courriel :			
Responsabilités parentales actuellement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nombre d'enfants :	
Nom de l'enfant ou des enfants :			Identité(s) de genre :
Date(s) de naissance :			
Auteur(e) de la demande :		Organisme/autre :	
Poste :	Numéro de téléphone :		
Signature de la participante :			
<p><i>En signant ce formulaire, je donne mon consentement à la communication de mes renseignements et à ceux de mon enfant à l'auteur(e) de la demande dont le nom est indiqué sur ce formulaire et avec le Programme canadien de nutrition prénatale. Je comprends que des renseignements au sujet des services qui me sont offerts pourront être utilisés à des fins de recherche et d'évaluation, de façon anonyme et conforme aux règles éthiques des trois conseils subventionnaires de la recherche, et je consens à cette utilisation des renseignements. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps en soumettant une demande par écrit au superviseur ou à la superviseure du Programme canadien de nutrition prénatale.</i></p>			
Commentaires de l'auteur(e) de la demande ou de la cliente :			

Veuillez soumettre par télécopieur au 705-667-0280  
ou par courriel : [earlyinterventionservices@parnipcas.org](mailto:earlyinterventionservices@parnipcas.org)