



**CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE**  
**SAINT-THOMAS**  
**COMMUNITY HEALTH CENTRE**

**Pour l'usage du bureau seulement / Office use Only**

Health care valid \_\_\_ yes \_\_\_ no \_\_\_ date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

GP: Dr. \_\_\_\_\_ French / English / Both

**Information**

**S'il vous plait écrire de manière lisible / Please print clearly**

Nom de Famille / Surname: \_\_\_\_\_

Prénom/ Name : \_\_\_\_\_

Préférence linguistique/preferred Language: Français/French - Anglais/English - les deux/both

Sexe / Gender: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Date de naissance / DOB \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
M D/J Y/A

Adresse /Address : \_\_\_\_\_ Ville/City: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal/Postal Code: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Pharmacie /Pharmacy: \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Phone: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphones /telephone numbers

Maison/home: \_\_\_\_\_ travail/work \_\_\_\_\_ cellulaire/mobile \_\_\_\_\_

numéro prefere/ preferred number \_\_\_\_\_

Carte de Santé / Health care Card: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_ Expiry date: \_\_\_\_\_

Nom de la personne a contacter en cas d'urgence/Emergency Contact nom: \_\_\_\_\_

Lien avec vous/Relationship: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Allergies: Latex plastic/plastique others:

Etes-vous enceinte? \_\_\_\_\_ Are you pregnant? \_\_\_\_\_

J'ai lue attentivement les politiques du Centre de santé communautaire Saint-Thomas, je les comprends et accepte de les respecter.

Initiales \_\_\_\_\_

I have carefully read the St-Thomas community health centre's policies. I understand these policies and will respect them.

Initials: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Référé par / referred by)

\_\_\_\_\_  
Campus St-Jean (CSJ)