

**CENTRE DE GUÉRISON WASESKUN HEALING CENTER**  
**FORMULAIRE D'APPLICATION FÉDÉRALE APPLICATION FORM**

Nom/Name : \_\_\_\_\_ Prénom/1st Name : \_\_\_\_\_

D.D.N/D.O.B: \_\_\_\_\_ No. Ass. Sociale/S.I.N : \_\_\_\_\_

No. Ass. Maladie/Medicare No : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Communauté/Community : \_\_\_\_\_ Nation : \_\_\_\_\_

Langues/Languages : \_\_\_\_\_

No. FPS/SED No: \_\_\_\_\_ Étab. détention/Institution : \_\_\_\_\_

Transfert/Transfer S-81 : \_\_\_\_\_ Lib. Cond./Parole : S.L/D.P : \_\_\_\_\_ L.C/F.P : \_\_\_\_\_ L.O/S.R : \_\_\_\_\_

A.L.C/P.O : \_\_\_\_\_ A.L.A/N.L.O: \_\_\_\_\_

Avocat/Lawyer : \_\_\_\_\_ Tél/Tel : \_\_\_\_\_

Délits/Charges : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée de Sentence/Duration : \_\_\_\_\_ Début/Start : \_\_\_\_\_

Conditions de santé/Health conditions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicaments/Medication: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_ Diète spéciale Diet: \_\_\_\_\_

Handicap : \_\_\_\_\_

Médecin de famille/Family doctor : \_\_\_\_\_ Tél/Tel : \_\_\_\_\_

Dernier examen médical/Last medical exam. Quand/When: \_\_\_\_\_ Ou/Where : \_\_\_\_\_

Personne contact/Contact person : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_ déclare que les informations ci-dessus sont véridiques/I state that the above informations are true.

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