

CENTRE DE GUÉRISON WASESKUN HEALING CENTER
FORMULAIRE D'APPLICATION PROVINCIALE 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: _____ Écrit/Written : _____

No. Dossier/File No: _____ Étab. Détention/Institution : _____

Statut/Status : Lib.Cond./Parole : _____ Sursis/Cond. Sent. : _____ Probation : _____

Agent de probation/P.O. : _____ Tél/Tel : _____

Avocat/Lawyer : _____ Tél/Tel : _____ Téléc/Fax : _____

Délit(s) actuel(s) : _____

Sentence : _____ Début/Start: _____ 1/6 _____
1/3 _____ 2/3 _____ Fin sentence/End of sentence : _____

Condition de santé/Health cond. : _____

Médicaments/Medication: _____

Allergies : _____ Diète spéciale/Special diet : _____

Handicap : _____

Médecin de famille/Family doctor : _____ Tél/Tel : _____

Dernier examen médical/Medical exam. Quand/When: _____ Ou/Where: _____

Personne contact/Contact person : _____ Tél/Tel : _____

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

Signature : _____ Date : _____