

INQUIRY CARD — DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

PLEASE PRINT — EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

HC PROTECTED NO. **1717583**
 PROTÉGÉ SC

LIST ONLY PERSONS WITH THE SAME FAMILY NAME AND ADDRESS. FILL OUT SEPARATE CARDS FOR OTHER PERSONS.
 INSCRIRE SEULEMENT LES PERSONNES AYANT LE MÊME NOM DE FAMILLE ET ADRESSE. REMPLIR UNE CARTE DISTINCTE POUR TOUTE AUTRE PERSONNE

14. INT. NAME OF PERSON MAKING THIS INQUIRY — NOM DU DEMANDEUR (D'ESPÈCE)
 12. FAMILY NAME — NOM DE FAMILLE
 13. FIRST NAME — PRÉNOM
 15. RETURN ANSWER TO — ENVOYER RÉPONSE À
 16. TELEPHONE ADDRESS — ADRESSE
 16. TELEPHONE TELEPHONE

1. FAMILY NAME OF PERSON(S) YOU ARE INQUIRING ABOUT
 NOM DE FAMILLE DES PERSONNES RECHERCHÉES

2. FIRST NAME PRÉNOM

3. INITIAL INITIALE

4. SEX SEXE

5. AGE AGE

6. PERMANENT ADDRESS — ADRESSE PERMANENTE

7. TELEPHONE TELEPHONE

8. ADDITIONAL INFORMATION — AUTRES RENSEIGNEMENTS

9. PLACE OF INQUIRY LIEU DE LA DEMANDE

10. DATE D.J. M. Y.A.

11. TIME — HEURE

17. CONDITION ÉTAT

18. EMERGENCY ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TEMPORAIRES

19. REMARKS / RÉPLY — REMARQUES / RÉPONSE

20. ANSWER — RÉPONSE D.J. M. Y.A.

21. SIGNATURE

READ CAREFULLY BEFORE COMPLETING — LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR

HC/SC 231907(09-95)
 Health Canada
 Medical Services Branch
 Emergency Services

Santé Canada
 Direction générale des services médicaux
 Services d'urgence

COPY 1 — PLACE OF INQUIRY
 COPIE 1 — LIEU DE DEMANDE