

VITAL STATISTICS ACT

FORMS

R.R.N.W.T. 1990,c.V-2

LOI SUR LES STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL

FORMULES

R.R.T.N.-O. 1990, ch. V-2

INCLUDING AMENDMENTS MADE BY

R-099-2005

MODIFIÉ PAR

R-099-2005

This consolidation is not an official statement of the law. It is an office consolidation prepared by Legislation Division, Department of Justice, for convenience of reference only. The authoritative text of regulations can be ascertained from the *Revised Regulations of the Northwest Territories, 1990* and the monthly publication of Part II of the *Northwest Territories Gazette*.

Copies of this consolidation and other Government of the Northwest Territories publications can be obtained at the following address:

Canarctic Graphics
5102-50th Street
P.O. Box 2758
Yellowknife NT X1A 2R1
Telephone: (867) 873-5924
Fax: (867) 920-4371

La présente codification administrative ne constitue pas le texte officiel de la loi; elle n'est établie qu'à titre documentaire par les Affaires législatives du ministère de la Justice. Seuls les règlements contenus dans les *Règlements révisés des Territoires du Nord-Ouest (1990)* et dans les parutions mensuelles de la Partie II de la *Gazette des Territoires du Nord-Ouest* ont force de loi.

On peut également obtenir des copies de la présente codification et d'autres publications du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest en communiquant avec :

Canarctic Graphics
5102, 50^e Rue
C.P. 2758
Yellowknife NT X1A 2R1
Téléphone : (867) 873-5924
Télécopieur : (867) 920-4371

VITAL STATISTICS ACT

FORMS

1. The forms listed in Part I of the Schedule and set out in full in Part II of the Schedule are prescribed as the forms to be used for carrying out the provisions of the *Vital Statistics Act*.

LOI SUR LES STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL

FORMULES

1. Les formules énumérées à la partie I de l'annexe et reproduites en entier à la partie II de l'annexe sont les formules dont l'utilisation est prescrite aux termes de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*.

SCHEDULE

PART I

LIST OF FORMS

Registration of Live Birth
Registration of Stillbirth
Registration of Death
Registration of Marriage
Statement to Register as a Resident
Burial Permit
Certificate of Birth
Certificate of Marriage
Certificate of Death
Residency Certificate
Monthly Return
Quarterly Cemetery Return

ANNEXE

PARTIE I

LISTE DE FORMULES

Enregistrement de naissance
Enregistrement de mortinaissance
Enregistrement de décès
Enregistrement de mariage
Déclaration visant l'enregistrement de la résidence
Permis d'inhumer
Certificat de naissance
Certificat de mariage
Certificat de décès
Certificat de résidence
Rapport mensuel
Rapport trimestriel de sépulture

PART II

FORM 1

REGISTRATION OF
LIVE BIRTH

Registration No. (Headquarters Use only)

NAME OF CHILD	1. Surname of child (<i>print or type</i>)				Social Insurance Number						
	Given names				2. SEX OF CHILD						
DATE OF BIRTH	3. Month (<i>by name</i>), day, year of birth			4. Kind of birth - State whether single, twin, triplet			5. If twin, triplet, state whether this child was born 1st, 2nd, 3rd				
	6. Name of hospital (<i>If not in hospital give exact location where birth occurred</i>)						City, town or other place (<i>by name</i>)				
PLACE OF BIRTH	7. Complete street address. If rural give exact location (<i>not PO or RR address</i>)						City, town or other place (<i>by name</i>)			Territory, province (<i>or country</i>)	
OTHER BIRTH PARTICULARS	8. Duration of pregnancy (<i>in completed weeks</i>)	9. Number of children born to this mother (<i>including this birth</i>)	Number liveborn	Number stillborn (<i>after 20 weeks pregnancy</i>)	10. Weight of child at birth lbs. oz. (OR) grams	11. Are the parents married to each other? (<i>State Yes or No</i>)		12. If the parents are not married to each other state whether mother is single, married, widowed or divorced			
	weeks										
PARENTS	FATHER			Social Insurance Number			MOTHER			Social Insurance Number	
NAME	13. Surname (<i>print or type</i>)				Given names				18. Maiden surname (<i>print or type</i>)		Given names
BIRTHPLACE	14. City, town or other place (<i>by name</i>) and province (<i>or country if outside Canada</i>)					19. City, town or other place (<i>by name</i>) and province (<i>or country if outside Canada</i>)					
BIRTHDATE	15. Month (<i>by name</i>), day, year of birth			16. Age (<i>at time of this birth</i>)		20. Month (<i>by name</i>), day, year of birth			21. Age (<i>at time of this birth</i>)		
ETHNIC GROUP	17. Inuit, Metis, Treaty Indian, other (<i>specify</i>)					22. Inuit, Metis, Treaty Indian, other (<i>specify</i>)					
ATTENDANT	23. Name and address of attending physician (<i>or other attendant</i>)						Phys. <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Other (<i>Specify</i>) <input type="checkbox"/>				
MAILING ADDRESS OF MOTHER	24. Complete mailing address (<i>if different from item 7</i>) If rural give PO or RR address										
CERTIFICATION OF PARENT	25. I certify the foregoing to be true and correct to the best of my knowledge and belief:			Signature of parent (<i>or other informant</i>)			26. Relationship of other informant to child		27. Date signed - Month (<i>by name</i>), day, year		
	X										

PARTIE II

FORMULE 1

ENREGISTREMENT
DE NAISSANCEN° d'enregistrement (à l'usage du Ministère
seulement)

NOM DE L'ENFANT	1. Nom de famille de l'enfant (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)				N° d'assurance sociale				
	Prénoms				2. SEXE				
DATE DE NAISSANCE	3. Mois (<i>au long</i>), jour, année			4. Nature de la naissance (enfant unique, jumeaux, triplets)		5. S'il s'agit de jumeaux ou de triplets, indiquer si l'enfant est né le 1 ^{er} , le 2 ^e ou le 3 ^e			
LIEU DE NAISSANCE	6. Nom de l'hôpital (<i>le cas échéant, indiquer l'endroit</i>)						Ville, village ou autre (<i>au long</i>) de la naissance		
LIEU DE RÉSIDENCE HABITUEL DE LA MÈRE	7. Adresse civique complète. Le cas échéant, indiquer l'endroit précis (<i>Pas de C.P. ni de R.R.</i>)						Ville, village ou autre (<i>au long</i>)		
AUTRES DÉTAILS RELATIFS À LA NAISSANCE	8. Durée de la grossesse (<i>semaines complètes</i>)		9. Nombre d'enfants nés de la mère (<i>y compris celui-ci</i>)		Nombre d'enfants vivants		Nombre d'enfants morts-nés (<i>après 20 semaines de grossesse</i>)		
	semaines						10. Poids de l'enfant à la naissance lb oz (OU) g		
PARENTS	PÈRE			N° d'assurance sociale			MÈRE		
NOM	13. Nom de famille (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)				Prénoms				
LIEU DE NAISSANCE	14. Ville, village ou autre (<i>au long</i>) et province (<i>ou pays si à l'extérieur du Canada</i>)				18. Nom de fille (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)				
DATE DE NAISSANCE	15. Mois (<i>au long</i>), jour, année de naissance		16. Âge (<i>au moment de cette naissance</i>)		20. Mois (<i>au long</i>), jour, année de la naissance		21. Âge (<i>au moment de cette naissance</i>)		
ORIGINE ETHNIQUE	17. Inuit, Métis, Indien inscrit, autre (<i>préciser</i>)				22. Inuit, Métis, Indien inscrit, autre (<i>préciser</i>)				
SOINS MÉDICAUX	23. Nom et adresse du médecin traitant (<i>ou autre</i>)						Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>)		
ADRESSE POSTALE DE LA MÈRE	24. Adresse postale complète (<i>si elle diffère du point 7</i>). S'il s'agit d'une adresse rurale, indiquer la C.P. ou la R.R.								
AFFIDAVIT DU PARENT	25. J'atteste que ce qui précède est, à ce que je sache, vrai et exact			Signature du parent (<i>ou d'un autre répondant</i>)		26. Lien de parenté de l'autre répondant avec l'enfant		27. Signé le - Mois (<i>au long</i>), jour, année	
				X					

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - OFFICE USE ONLY

Notations:	
CERTIFICATION OF REGISTRAR	I certify this return was accepted by me at on 19..... <i>(signature of sub- or district registrar)</i>

See reverse side for Instructions
Every Item of Information Should be Carefully Supplied

REQUIREMENTS REGARDING THE REGISTRATION OF BIRTHS

Under the *Northwest Territories Act*, births occurring in the Territories are required to be registered within 30 days of the birth by

- (a) the mother of the child;
- (b) if the mother is incapable, the father of the child;
- (c) if the father and mother are incapable, the person standing in place of the child;
- (d) if (a) to (c) do not apply, the occupier or superintendent of the premises, hospital or institution where the birth occurred.

A person who fails to register a birth as required under the *Vital Statistics Act* is guilty of an offence.

This form, when completed, is to be delivered or mailed to the Registrar of the registration district in which the birth occurred.

NE RIEN ÉCRIRE CI-DESSOUS - POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Commentaires :	
ATTESTATION DU REGISTRAIRE	J'atteste que j'ai accepté la présente formule à le 19 <i>(Signature du sous-registraire ou du registraire local)</i>

Voir les directives au verso.

Remplir en ayant soin de fournir tous les renseignements demandés.

EXIGENCES RELATIVES À L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

En vertu de la *Loi sur les Territoires du Nord-Ouest*, toute naissance survenant dans les territoires doit être enregistrée dans les 30 jours de la survenance par :

- a) la mère de l'enfant;
- b) si la mère en est incapable, le père de l'enfant;
- c) si le père et la mère en sont incapables, par la personne agissant à titre de tuteur de l'enfant;
- d) lorsque les alinéas a) à c) ne trouvent pas application, le locataire ou le propriétaire de l'établissement, de l'hôpital ou de l'institution où a eu lieu la naissance.

Toute personne qui omet d'enregistrer une naissance tel que l'exige la *Loi sur les statistiques de l'état civil* est coupable d'une infraction.

La présente formule dûment remplie est envoyée ou postée au registraire local du district d'enregistrement où la naissance a eu lieu.

FORM 2
REGISTRATION OF
STILLBIRTH

Registration No. (Headquarters Use only)

CHILD	1. Surname (<i>print or type</i>) Given names (<i>if any</i>)	2. Sex	3. Month, day, year of birth	4. Kind of birth - single, twin, triplet	5. If twin, triplet was child born 1st, 2nd, 3rd		
PLACE OF BIRTH	6. Name of hospital (<i>If not in hospital give exact location where birth occurred</i>) City, town, village or other place (<i>by name</i>)						
MOTHER'S USUAL RESIDENCE	7. Complete street address. City, town or other place County or district Territory, province If rural give exact location (<i>not PO or RR address</i>) (<i>by name</i>) (<i>or country</i>)						
OTHER BIRTH PARTICULARS	8. Duration of pregnancy (<i>in completed weeks</i>) weeks	9. Number of children born to this mother (<i>including this birth</i>)	Number liveborn	Number stillborn (<i>after 20 weeks pregnancy</i>)	10. Weight of child at birth lbs. oz. (OR) grams	11. Are the parents married to each other? (<i>State Yes or No</i>)	12. If the parents are not married to each other state whether mother is single, married, widowed or divorced
FATHER		Social Insurance Number			MEDICAL CERTIFICATE		
NAME	13. Surname (<i>print or type</i>) Given names			32. DATE OF STILLBIRTH: month (<i>by name</i>), day, year		Check whether Foetal (F) Maternal (M)	
BIRTHPLACE	14. City or other place Province (<i>or country</i>)			33. CAUSE OF STILLBIRTH Part I Immediate cause - Foetal disease or condition directly leading to stillbirth (a) owing to (<i>or as a consequence of</i>) Antecedent causes - Foetal and/or maternal conditions, if any, giving rise to the immediate cause (a) above, <i>stating the underlying cause last</i> (b) owing to (<i>or as a consequence of</i>) (c)		F M	
BIRTHDATE	15. Month (<i>by name</i>), day, year of birth		16. Age (<i>at time of this birth</i>)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ETHNIC GROUP	17. Inuit, Metis, Treaty Indian, other (<i>specify</i>)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
MOTHER		Social Insurance Number			Part II Other significant conditions of foetus or mother that may have contributed to the stillbirth but were not related to the immediate cause (a) above {		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NAME	18. Maiden surname (<i>print or type</i>) Given names			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
BIRTHPLACE	19. City or other place Province (<i>or country</i>)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

FORMULE 2

ENREGISTREMENT DE
MORTINAISSANCE

N° d'enregistrement (À l'usage du Ministère seulement)

ENFANT	1. Nom de famille (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)	Prénoms (<i>le cas échéant</i>)	2. Sexe	3. Mois, jour, année de naissance	4. Nature de la naissance (enfant unique, jumeaux, triplets)	5. S'il s'agit de jumeaux ou de triplets, indiquer si l'enfant est né le 1 ^{er} , le 2 ^e ou le 3 ^e		
LIEU DE NAISSANCE	6. Nom de l'hôpital (<i>le cas échéant, indiquer l'endroit précis de la naissance</i>) Ville, village ou autre (<i>au long</i>)							
LIEU DE RÉSIDENCE DE LA MÈRE	7. Adresse civique complète. Ville, village ou autre Comté/district Territoire, province Le cas échéant l'endroit précis (<i>Pas de C.P. ni de R.R.</i>) (<i>au long</i>) (<i>ou pays</i>)							
AUTRES DÉTAILS RELATIFS À LA NAISSANCE	8. Durée de la grossesse (<i>semaines complètes</i>) semaines	9. Nombre d'enfants nés de la mère (<i>y compris celui-ci</i>)	Nombre d'enfants nés vivants	Nombre de morts-nés (<i>après 20 semaines de grossesse</i>)	10. Poids de l'enfant à la naissance lb oz (OU) g	11. Les parents sont-ils mariés ensemble? (<i>Oui/non</i>)	12. Si les parents ne sont pas mariés ensemble, indiquer l'état civil de la mère : mariée, veuve ou divorcée.	
PÈRE		N° d'assurance sociale		CERTIFICAT MÉDICAL				
NOM	13. Nom de famille (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)		Prénoms	32. DATE DE LA MORTINAISSANCE mois (<i>au long</i>), jour, année		Cocher si fœtal (F) ou maternel (M)		
LIEU DE NAISSANCE	14. Ville, village ou autre		Province (<i>ou pays</i>)		33. CAUSE DE LA MORTINAISSANCE Partie I		F M	
DATE DE NAISSANCE	15. Mois (<i>au long</i>), jour, année de la naissance		16. Âge (<i>au moment de cette naissance</i>)		Cause immédiate - maladie du fœtus ou état menant directement à la mort a)			
ORIGINE ETHNIQUE	17. Inuit, Métis, Indien inscrit, autre (<i>préciser</i>)				due à (<i>ou en conséquence de</i>)			
MÈRE	N° d'assurance sociale				Antécédents - État du fœtus ou de la mère le cas échéant, ayant entraîné la cause directe en a) ci-dessus indiquant la cause sous-jacente b) due à (<i>ou en conséquence de</i>) c)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
NOM	18. Nom de fille de la mère (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)		Prénoms			Partie II		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LIEU DE NAISSANCE	19. Ville, village ou autre		Province (<i>ou pays</i>)		Tout autre état du fœtus ou de la mère ayant pu contribuer à la mortinai- sance mais qui n'est pas lié à la cause immédiate en a) ci-dessus		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

BIRTHDATE	20. Month (<i>by name</i>), day, year of birth	21. Age (<i>at time of this birth</i>)	34. Autopsy being held? Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	35. Does the cause of stillbirth stated above take account of autopsy findings? Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	36. May further information relating to the cause of stillbirth be available later? Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ETHNIC GROUP	22. Inuit, Metis, Treaty Indian, other (<i>specify</i>)		37. Manipulative, instrumental or other operative procedure for delivery? Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Was foetus dead before such procedure? Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
MAILING ADDRESS OF MOTHER	23. Complete mailing address (<i>if different from item 7</i>)		38. Nature of procedure (<i>low, middle or high forceps, version and extraction, caesarian section, craniotomy, etc.</i>)			
SIGNATURE OF INFORMANT	24. Signature of parent (<i>or other informant</i>) X		39. Did death occur before labour? Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	During labour? Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Labour induced? (<i>If "yes" specify method(s)</i>) Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	25. Address (<i>of other informant</i>)		40. I certify that I delivered this stillborn child on the above date and that death was owing to the causes stated above: X			
	26. Relationship to child	27. Date signed: (<i>month, day, year</i>)				
Items 28-31 to be completed by the funeral director			41. Name of physician or coroner (<i>print or type</i>) Address _____			
DISPOSITION	28. Burial, cremation or other disposition (<i>specify</i>)	29. Date of burial or disposition: Month (<i>by name</i>), day, year	42. Designation: Attending physician <input type="checkbox"/>	Coroner <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Date certified: Month (<i>by name</i>), day, year
	30. Name and address of cemetery, crematorium or place of disposition		I certify this return was accepted by me at on 19			
FUNERAL DIRECTOR	31. Name and address of funeral director (<i>or person in charge of remains</i>)	 (<i>signature of sub- or district registrar</i>)			

See reverse side for Instructions
Every Item of Information Should be Carefully Supplied

DATE DE NAISSANCE	20. Mois (<i>au long</i>), jour, année de la naissance	21. Âge (<i>au moment de cette naissance</i>)	34. Autopsie effec- tuée? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	35. La cause de la mortinaissance prend-elle en considération les résultats de l'autopsie? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	36. D'autres rensei- gnements relatifs à la cause de la mortinaissance seront-ils dispo- nibles plus tard? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ORIGINE ETHNIQUE	22. Inuit, Métis, Indien inscrit, autre (<i>préciser</i>)		37. Procédure d'accouchement : Le fœtus était-il mort avant manuelle, instruments, ou autre? de telles procédures? Oui Non Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ADRESSE POSTALE DE LA MÈRE	23. Adresse postale complète (<i>si elle diffère de l'élément 7</i>)		38. Nature de la procédure (<i>au forceps, expulsion, césarienne, craniotomie, etc.</i>)		
SIGNATURE DU RÉ- PONDANT	24. Signature du parent (<i>ou du répondant</i>) X		39. La mort est-elle survenue avant le travail? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pendant le travail? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L'accou- chement a-t-il été provo- qué? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	25. Adresse (<i>ou de l'autre répondant</i>)		40. J'atteste que j'ai aidé à l'accouchement du mort-né à la date susmentionnée et que la mort est due aux causes indiquées aux présentes : X		
	26. Lien avec l'enfant	27. Signé le : (<i>mois, jour, année</i>)	Signature :		
Éléments 28-31 à être remplis par le directeur de funérailles			41. Nom du médecin ou du coroner (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>) _____ Adresse		
SÉPULTURE	28. Inhumation, incinéra- tion ou autre sépul- ture (<i>préciser</i>)	29. Date de la sépulture : Mois (<i>au long</i>), jour, année	42. Dési- Médecin Coroner Autre Signé le : gnation : traitant Mois (<i>au long</i>), <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jour, année		
	30. Nom et adresse du cimetière, du crématorium ou autre lieu de sépulture		J'atteste avoir accepté la présente formule à le 19		
DIRECTEUR DE POMPES	31. Nom et adresse du salon funéraire (<i>ou de la per- sonne responsable de la dépouille</i>)	 (<i>Signature du sous-registraire ou du registraire local</i>)		

Voir les directives au verso.

Remplir en ayant soin de fournir tous les renseignements demandés.

**EXTRACTS FROM THE
VITAL STATISTICS ACT**

"Stillbirth" means the complete expulsion or extraction from its mother, either after at least 20 weeks pregnancy or after attaining a weight of 500 g, of a product of conception in which after the expulsion or extraction, there is no breathing, beating of the heart, pulsation of the umbilical cord or movement of voluntary muscle. (*mortinaissance*)

12. (2) Where a stillbirth occurs, the person who would have been responsible for the registration of the birth as provided in section 2, if it had been a birth, shall complete and deliver to the funeral director a statement in the prescribed form respecting the stillbirth.

(3) The medical practitioner in attendance at a stillbirth, or, where there is no medical practitioner in attendance, a medical practitioner or a coroner shall complete the medical certificate included in the prescribed form referred to in subsection (2) showing the cause of the stillbirth and shall deliver it to the funeral director.

- (4) Where a district registrar is satisfied that
- (a) there was no medical practitioner and no coroner within a reasonable distance from the place where a stillbirth occurred, and
 - (b) it is not reasonably practicable to have the medical certificate completed as provided in subsection (3),

the district registrar may, in place of the medical certificate, prepare and sign a certificate included in the prescribed form referred to in subsection (2) prepared from the statements of relatives of the parents of the stillborn child or of other persons having adequate knowledge of the facts.

(5) On receipt of the prescribed form referred to in subsection (2), the funeral director shall set out in the form the proposed date and place of burial, cremation or other disposition of the body and shall deliver the form to the district registrar.

**EXTRAITS DE LA
LOI SUR LES STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL**

«mortinaissance» Expulsion ou extraction complète du corps de la mère d'un produit de la conception, soit après au moins 20 semaines de grossesse, soit après que le produit a atteint 500 grammes; après cette expulsion ou cette extraction, il n'y a aucune respiration, aucun battement du coeur, aucune pulsation du cordon ombilical ou contraction d'un muscle volontaire. (*Stillbirth*)

12. (2) Toute mortinaissance est signalée à l'entrepreneur des pompes funèbres au moyen d'une déclaration faite sur le formulaire réglementaire par la personne qui, en vertu de l'article 2, aurait été responsable de l'enregistrement si l'enfant avait vécu.

(3) Le médecin qui assiste à une mortinaissance ou, à défaut, un autre médecin ou un coroner remplit le certificat médical joint au formulaire réglementaire mentionné au paragraphe (2), indiquant la cause de la mortinaissance et remet le certificat à l'entrepreneur des pompes funèbres.

- (4) Le registraire local étant convaincu :
- a) qu'il n'y avait aucun médecin ni aucun coroner à une distance raisonnable de l'endroit où une mortinaissance a eu lieu;
 - b) qu'il n'est pas raisonnablement possible de faire remplir un certificat médical en conformité avec le paragraphe (3),

peut, en remplacement du certificat médical, établir et signer le certificat joint au formulaire réglementaire mentionné au paragraphe (2), fait à partir des déclarations des proches parents du père et de la mère de l'enfant mort-né ou d'autres personnes ayant une connaissance suffisante des faits.

(5) Après réception du formulaire réglementaire mentionné au paragraphe (2), l'entrepreneur des pompes funèbres indique sur le formulaire la date et l'endroit proposés pour l'inhumation, la crémation ou toute autre forme de sépulture et remet le formulaire au registraire local.

INSTRUCTIONS

In case of more than one stillborn child at a birth, a separate return must be made for each, and the number of each, in order of birth, stated.

(1) **Name of Child** - In place of the given name the word "Stillbirth" may be printed.

(33) **Physician's Statement of Cause of Stillbirth** - The morbid conditions relating to still birth are divided into two groups. In Part I are those causally related to the "Immediate cause" and the "Antecedent causes", and in Part II those not so related. In most cases a statement of cause under Part I will suffice. When it is necessary to record more than one entry these should be stated in order so as to indicate their mutual relationship.

- (a) Name first the "Immediate cause" of stillbirth, i.e., the foetal disease, injury or complication that caused the stillbirth. Avoid the use of the terms "Prematurity", "Birth Injury", "Cerebral Haemorrhage", "Asphyxia", etc., alone without stating, if possible, the primary factor responsible for these conditions.
- (b) Then give the antecedent causes, i.e. the foetal and/or maternal conditions (if any) of which the immediate cause was the consequence, in order of causal relationship, stating the most recent one first and then others in order. Also check off whether the reported condition was a 'foetal' or 'maternal' condition.
- (c) Part II should be reserved for "other important contributory morbid conditions", particularly when the stillbirth was owing to a combination of conditions none of which would have been fatal alone. Here, too, check off whether 'foetal' or 'maternal'.
- (d) Use accepted terms for morbid conditions and never record symptoms only.

DIRECTIVES

Advenant une mortinaissance multiple, remplir une formule distincte pour chaque mort-né en ayant soin d'indiquer l'ordre de naissance de chacun d'eux.

(1) **Nom de l'enfant** - On peut écrire le mot «mortinaissance» au lieu d'un prénom.

(33) **Certificat médical attestant la cause de la mortinaissance** - Les causes de mortinaissance se divisent en deux groupes. Indiquer à la partie I les causes désignées comme «causes directes» de la mortinaissance et les antécédents et, à la partie II, les causes plus ou moins liées à la mortinaissance. Il suffit dans la plupart des cas de remplir la partie I. Lorsqu'il est nécessaire d'enregistrer plus d'une de ces causes, elles devraient être indiquées dans un ordre établissant leur interaction mutuelle.

- a) Indiquer d'abord les causes immédiates de la mortinaissance, par exemple : maladie du fœtus, blessure ou complication ayant causé la mort. Éviter d'utiliser les termes «prématuré», «blessure à la naissance», «hémorragie cérébrale», «asphyxie», etc., seuls, sans indiquer, alors que cela est possible, le principal facteur responsable d'un tel état.
- b) Indiquer ensuite les antécédents, c'est-à-dire l'état du fœtus ou de la mère (le cas échéant) et le lien de cause à effet en indiquant le plus récent d'abord et ensuite les autres, dans l'ordre. Cocher aussi si l'état est fœtal ou maternel.
- c) La partie II est réservée à tout autre état ayant pu contribuer à la mortinaissance, en particulier lorsque la mortinaissance est due à une combinaison de facteurs et qu'aucun d'entre eux n'aurait été fatal seul. Cocher ici aussi si l'état est fœtal ou maternel.
- d) Utiliser les termes d'usage pour l'état de morbidité et ne jamais inscrire uniquement les symptômes.

The following examples illustrate the essential principles in the use of the form.

30. CAUSE OF STILLBIRTH Part I	Example 1	Example 2	Example 3
<p>Immediate cause - Foetal disease or condition directly leading to stillbirth</p> <p>Antecedent causes - Foetal and/or maternal conditions if any, giving rise to the immediate cause (a) above, <i>stating the underlying cause last</i></p>	<p>(a) Cerebral haemorrhage owing to</p> <p>(b) Dystocia owing to</p> <p>(c) Hydrocephalus</p>	<p>(a) Excessive cranial stress (foetal asphyxia) owing to</p> <p>(b) Dystocia owing to</p> <p>(c) Contracted pelvis</p>	<p>(a) Foetal anaeriosis owing to</p> <p>(b) Relative placental insufficiency owing to</p> <p>(c) Maternal nephritic toxæmia</p>
<p>Part II</p> <p>Other significant conditions of foetus or mother that may have contributed to the stillbirth but were not related to the immediate cause (a) above</p>	<p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Relative placental insufficiency; infarction and degeneration of placenta <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Les exemples suivants illustrent les principes de base régissant l'utilisation des formules.

30. CAUSE DE MORTINAISSANCE	Exemple 1		Exemple 2		Exemple 3	
		F M		F M		F M
Partie I						
Cause immédiate - maladie du fœtus ou état ayant causé la mort à la naissance	a) hémorragie cérébrale due à		a) stress crânien excessif (asphyxie du fœtus) due à		a) anaeriosis du fœtus due à	
Antécédents - état du fœtus ou de la mère, le cas échéant, ayant entraîné la cause immédiate en a) ci-dessus (<i>indiquer la cause sous-jacente en dernier</i>)	b) dystocie due à	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b) dystocie due à	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	b) insuffisance placentale relative due à	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	c) hydrocéphalie	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c) contraction pelvienne	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	c) toxémie maternelle néphritique	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Partie II						
Tout autre état du fœtus ou de la mère ayant pu contribuer à la mortinaissance mais qui n'est pas relié à la cause immédiate en a) ci-dessus.	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	insuffisance placentale relative; dégénérescence du placenta	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

FORM 3
REGISTRATION OF
DEATH

Registration No. (*Headquarters use only*)

NAME OF DECEASED	1. Surname of deceased (<i>print or type</i>) Given names	2. Sex	Social Insurance Number
PLACE OF DEATH	3. Name of hospital or institution (<i>otherwise exact location where death occurred</i>) City, town or other place (<i>by name</i>) District		
USUAL RESIDENCE	4. Complete street address. If rural give exact location City, town or other place County or Territory, province (<i>not PO or RR address</i>) (<i>by name</i>) district (<i>or country</i>)		
MARITAL STATUS	5. Single, married, widowed or divorced (<i>specify</i>)	6. If married, widowed or divorced, give full name of husband or full maiden name of wife	
OCCUPATION	7. Kind of work done during most of working life	MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH	
	8. Kind of business or industry in which worked	25. Date of death: Month (<i>by name</i>), day, year	Approx. interval between onset & death
BIRTHDATE	9. Month (<i>by name</i>), day, year of birth	26. Cause of death Part I Immediate cause of death (a) <i>owing to, or as a consequence of</i> Antecedent causes, if any, giving rise to the immediate cause (a) above, stating the <i>underlying cause last</i> (b) <i>owing to, or as a consequence of</i> (c) Part II Other significant conditions contributing to death but not causally related to the immediate cause (a) above	
AGE	10. Age (years) If under 1 year (Months)(Days) If under 1 day (Hours) (Minutes)		
BIRTHPLACE	11. City or place, territory, province (<i>or country</i>) of birth		
ETHNIC GROUP	12. Inuit, Metis, Treaty Indian, other (<i>specify</i>)		
FATHER	13. Surname (<i>print or type</i>) Given names	27. Autopsy being held?	28. Does the cause of death stated above take account of autopsy findings?
	14. Birthplace-City, town or place, province (<i>or country</i>)	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			29. May further information relating to the cause of death be available later? Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

FORMULE 3
ENREGISTREMENT
DE DÉCÈS

N° d'enregistrement (À l'usage du
Ministère seulement)

NOM DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	1. Nom de famille (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)	Prénoms	2. Sexe	N° d'assurance sociale	
LIEU DU DÉCÈS	3. Nom de l'hôpital ou de l'institution (<i>sinon Ville, village ou autre (au long) indiquer l'endroit précis où la mort est survenue</i>)			Comté/district	
LIEU DE RÉSIDENCE HABITUEL	4. Adresse complète du domicile. S'il s'agit d'une adresse rurale, indiquer l'endroit précis. (<i>pas de C.P. ni de R.R.</i>)		5. Ville, village ou autre (<i>au long</i>)	6. Comté ou district	
ÉTAT CIVIL	5. Célibataire, marié, veuf(ve) ou divorcé (<i>préciser</i>)		6. Si vous êtes mariée, veuf(ve) ou divorcée indiquer le nom et les prénoms du mari ou le nom et les prénoms de l'époux(se) à la naissance		
OCCUPATION	7. Genre de travail effectué pendant les années de travail		CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS		
	8. Genre d'entreprise ou d'industrie dans laquelle a travaillé la personne décédée		25. Date du décès : le mois (<i>au long</i>), jour, année	Intervalle approximatif entre le début de la maladie et le décès	
DATE DE NAISSANCE	9. Mois (<i>au long</i>), jour, année de naissance		26. Cause du décès Partie I Cause immédiate du décès a) <i>due à ou en conséquence de</i> b) <i>due à ou en conséquence de</i> c) Partie II Tout autre état ayant pu contribuer au décès mais qui n'est pas lié à la cause immédiate en a) ci-dessus {		
ÂGE	10. Âge (ans)	Si moins d'un an (mois) (jours)			Si moins d'un jour (heures) (minutes)
LIEU DE NAISSANCE	11. Ville ou lieu, territoire, province (<i>ou pays</i>)				
ORIGINE ETHNIQUE	12. Inuit, Métis, Indien inscrit, autre (<i>préciser</i>)				
PÈRE	13. Nom de famille (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)		27. Autopsie effectuée?	28. La cause du décès prend-elle en considération les résultats de l'autopsie?	
	14. Lieu de naissance - Ville, village ou lieu, province (<i>ou pays</i>)		29. D'autres renseignements relatifs à la cause du décès seront-ils disponibles?		
			Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

MOTHER	15. Maiden surname (<i>print or type</i>) Given names		30. If accident, suicide, homicide or undetermined (<i>specify</i>)	31. Place of injury (<i>e.g. home, farm, highway, etc.</i>)	32. How did injury occur? (<i>describe circumstances</i>)
	16. Birthplace-City, town or place, province (<i>or country</i>)				
SIGNATURE OF INFORMANT	17. Signature of informant X		33. I certify that the above named person died on the date and from the causes stated above: Signature (<i>attending physician, coroner, etc.</i>) X		
	18. Address of informant		34. Designation <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date certified: Month (<i>by name</i>), day, year		
	19. Relationship to deceased	20. Date signed: (<i>month, day, year</i>)	35. Name of physician or coroner (<i>or other person</i>) Address: (<i>print or type</i>)		
DISPOSITION	21. Burial, cremation or other disposition (<i>specify</i>)	22. Date of burial or disposition: Month (<i>by name</i>), day, year	Notations:		
	23. Name and address of cemetery, crematorium or place of disposition				
FUNERAL DIRECTOR	24. Name and address of funeral director (<i>or person in charge of remains</i>) (<i>print</i>)		I certify this return was accepted by me at on 19		
..... (<i>signature of sub- or district registrar</i>)					

Every item of information should be carefully supplied
This form must be filed without delay with the subregistrar of the
district in which the death occurred before a burial permit can be issued

MÈRE	15. Nom de famille (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>) Prénoms		30. S'il s'agit d'un accident, d'un suicide, d'un homicide ou d'une cause indéterminée (<i>préciser</i>)	31. Lieu de la blessure (<i>ex. ferme, domicile, route, etc.</i>)	32. Décrire les circonstances de l'accident
	16. Lieu de naissance - Ville, village ou lieu (<i>ou pays</i>)				
SIGNATURE DU RÉPONDANT	17. Signature du répondant X		33. J'atteste que la personne ci-dessus est décédée à la date et des causes indiquées aux présentes. X Signature (<i>médecin traitant, coroner, etc.</i>)		
	18. Adresse du répondant		34. Titre Médecin <input type="checkbox"/> coroner <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Signé le : Mois (<i>au long</i>), jour, année		
	19. Lien de parenté avec le défunt	20. Date de signature : (<i>mois, jour, année</i>)	35. Nom du médecin ou du coroner (<i>ou autre</i>) Adresse : (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)		
SÉPULTURE	21. Inhumation, incinération ou autre sépulture (<i>préciser</i>)	22. Date de sépulture : Mois (<i>au long</i>), jour, année	Commentaires :		
	23. Nom et adresse du cimetière, crématorium ou autre lieu de sépulture				
DIRECTEUR DE POMPES FUNÈBRES	24. Nom et adresse du directeur de pompes funèbres (<i>ou de la personne responsable de la dépouille</i>) (<i>écrire en lettres moulées ou dactylographier</i>)		J'atteste que j'ai accepté la présente formule à le 19		
(Signature du sous-registraire ou du registraire)					

Remplir en ayant soin de fournir tous les renseignements demandés.
Déposer sans tarder la présente formule auprès du sous-registraire
du district où le décès est survenu afin qu'un permis de décès puisse être délivré.

INSTRUCTIONS

Physician's Statement of Cause of Death - The morbid conditions relating to death are divided on the certificate into two groups. In Part I of the certificate are those related to the "Immediate cause of death" and the "Antecedent causes", and in Part II, "Other significant conditions" contributing to the death but not related to the disease or condition causing it. In most cases a statement of cause under Part I will suffice. Detailed certification is not essential, the entry of a single cause being preferable in cases where this can be regarded as adequate (see Example I), but where the physician finds it necessary to record more than one cause it is important that these be stated in the position provided on the form as indicative of their mutual relationship. This information is sought so that the selection of the cause for tabulation may be made in the light of the certifier's viewpoint:

- (a) Name first the immediate cause of death, i.e., the disease, injury or complication that caused death (not mode of dying or terminal condition).
- (b) Then give other morbid conditions (if any) of which it was the consequence, in order to causal relationship (owing to) stating the most recent one first and then others in order.
- (c) Entries under Part II should be reserved for "other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it".
- (d) Accepted terms for morbid conditions should always be used - never record symptoms only.
- (e) **Maternal Deaths** - Qualify diseases resulting from pregnancy, childbirth, miscarriage or abortion, e.g., "puerperal septicaemia", "eclampsia, arising during pregnancy". Distinguish between septicaemia originating in abortion and in childbirth.
- (f) **Cancer** - The organ or part FIRST affected should be specified.
- (g) **Violent Deaths** - Coroners, medical examiners and physicians who certify to deaths from violent causes should clearly indicate the fundamental distinction of whether the death was owing to accident,

DIRECTIVES

Certificat médical attestant - Les causes de décès se divisent en deux groupes. Indiquer à la partie I, les «causes directes» du décès et les antécédents et, à la partie II, les causes plus ou moins liées. Il suffit, dans la plupart des cas, de remplir la partie I. Une déclaration détaillée n'est pas nécessaire et l'inspection d'une seule cause est préférable dans les cas où cela est suffisant (voir l'exemple 1). Par contre lorsque le médecin juge préférable d'inscrire plus d'une cause, il est important que ces causes soient indiquées à l'endroit approprié sur la formule en indiquant leur interaction mutuelle. Ces renseignements sont nécessaires pour permettre de choisir à des fins statistiques la cause qui peut être indiquée, selon le signataire du certificat :

- a) Indiquer d'abord la cause immédiate du décès, c.-à-d. la maladie, la blessure ou la complication qui a causé le décès (et non la façon de mourir ou la phase terminale);
- b) Indiquer ensuite toute autre cause de décès (s'il en est) ayant mené à la cause immédiate et le lien de cause à effet en indiquant la plus récente d'abord et ensuite les autres, dans l'ordre;
- c) La partie II est réservée à tout autre état ayant pu contribuer au décès mais non lié à la maladie ou à l'état l'ayant causée;
- d) Utiliser les termes d'usage pour l'état de mobilité et ne jamais inscrire uniquement les symptômes;
- e) **Décès dans le ventre de la mère** - Identifier toute maladie liée à la grossesse ou à l'accouchement, toute fausse-couche ou tout avortement, par exemple «septicémie puerpérale», «éclampsie survenant durant la grossesse». Distinguer entre la septicémie à la suite d'un avortement ou d'une naissance;
- f) **Cancer** - Indiquer l'organe ou la partie qui a été touchée en premier;
- g) **Mort violente** - Les coroners, les médecins légistes et les médecins qui attestent du décès par cause violente doivent clairement indiquer, la distinction fondamentale, à savoir si la mort est due à un accident, un suicide ou un homicide et ensuite indiquer le genre d'accident et sa

suicide, or homicide, and then state the manner and nature of injury. The circumstances of each accident should be stated as fully as possible, e.g., a motor vehicle accident should be designated as such, and the type of vehicle involved, e.g., "truck", "private car", etc.

nature. Les circonstances de chaque accident devraient être indiquées de façon aussi détaillée que possible, par exemple un accident de véhicule automobile doit être désigné comme tel, avec la mention du genre du véhicule impliqué, par exemple «camion», «véhicule privé», etc.

The following examples illustrate the essential principles in the use of the form.

CAUSE OF DEATH					
Part I	Example 1	Example 2	Example 3	Example 4	Example 5
Immediate cause of death	(a) Lobar pneumonia owing to (or as a consequence of)	(a) Pulmonary tuberculosis owing to (or as a consequence of)	(a) Acute peritonitis owing to (or as a consequence of)	(a) Broncho-pneumonia owing to (or as a consequence of)	(a) Uraemia owing to (or as a consequence of)
Antecedent causes, if any, giving rise to the immediate cause (a) above, stating the <i>under-lying cause last</i>	(b) owing to (or as a consequence of) (c)	(b) owing to (or as a consequence of) (c)	(b) Acute appendicitis owing to (or as a consequence of) (c)	(b) Operation owing to (or as a consequence of) (c) Strangulated inguinal hernia	(b) Chronic nephritis owing to (or as a consequence of) (c)
Part II Other significant conditions contributing to death but not causally related to the immediate cause (a) above				Chronic interstitial nephritis	Chronic bronchitis

Les exemples suivants illustrent les principes de base régissant l'utilisation des formules.

CAUSES DE DÉCÈS	Exemple 1	Exemple 2	Exemple 3	Exemple 4	Exemple 5
<p>Partie I</p> <p>Cause immédiate du décès</p> <p>Antécédents, le cas échéant ayant entraîné la cause immédiate en a) ci-dessus (<i>indiquer la cause sous-jacente en dernier</i>)</p>	<p>a) pneumonie lobaire due à (ou comme conséquence de)</p> <p>b) due à (ou comme conséquence de)</p> <p>c)</p>	<p>a) tuberculose pulmonaire due à (ou comme conséquence de)</p> <p>b) due à (ou comme conséquence de)</p> <p>c)</p>	<p>a) péritonite aiguë due à (ou comme conséquence de)</p> <p>b) appendicite aiguë due à (ou comme conséquence de)</p> <p>c)</p>	<p>a) broncho-pneumonie due à (ou comme conséquence de)</p> <p>b) opération due à (ou comme conséquence de)</p> <p>c) hernie inguinale étranglée</p>	<p>a) urémie due à (ou comme conséquence de)</p> <p>b) néphrite chronique due à (ou comme conséquence de)</p> <p>c)</p>
<p>Partie II</p> <p>Tout autre état ayant pu contribuer au décès mais qui n'est pas relié à la cause immédiate en a) ci-dessus</p>				<p>néphritis interstitielle chronique</p>	<p>bronchite chronique</p>

FORM 4
REGISTRATION OF
MARRIAGE

Registration No. (<i>Headquarters use only</i>)

PLACE OF MARRIAGE	1. Name of church or address where marriage was solemnized			
	City, town or other place (<i>by name</i>)		Region	
DATE OF MARRIAGE	2. Month (<i>by name</i>), day, year of marriage		3. Licence or banns (<i>specify</i>)	4. Licence or banns No.
	NAME	FIRST PARTY	Social Insurance Number	SECOND PARTY
5. Surname (<i>prior to this marriage</i>) (<i>print or type</i>) Given names		17. Surname (<i>prior to this marriage</i>) (<i>print or type</i>) Given names		
MARITAL STATUS	6. Never married, widowed, or divorced? (<i>specify</i>)		18. Never married, widowed, or divorced? (<i>specify</i>)	
RELIGION	7. Religious denomination		19. Religious denomination	
BIRTHDATE	8. Month (<i>by name</i>), day, year of birth		9. Age	20. Month (<i>by name</i>), day, year of birth
				21. Age
BIRTHPLACE	10. City, town or other place, province (<i>or country</i>)		22. City, town or other place, province (<i>or country</i>)	
RESIDENCE (before marriage)	11. Complete street address. If rural give exact location		23. Complete street address. If rural give exact location	
	City, town or other place, province (<i>or country</i>)		City, town or other place, province (<i>or country</i>)	
ETHNIC GROUP	12. Inuit, Metis, Treaty Indian, other (<i>specify</i>)		24. Inuit, Metis, Treaty Indian, other (<i>specify</i>)	
FATHER	13. Surname and given names (<i>print or type</i>)		25. Surname and given names (<i>print or type</i>)	
	14. Birthplace-City, town or place, province (<i>or country</i>)		26. Birthplace-City, town or place, province (<i>or country</i>)	
MOTHER	15. Maiden surname and given names (<i>print or type</i>)		27. Maiden surname and given names (<i>print or type</i>)	
	16. Birthplace-City, town or place, province (<i>or country</i>)		28. Birthplace-City, town or place, province (<i>or country</i>)	
SIGNATURES	29. Signature of first party		30. Signature of second party	
	X		X	
	31. Signature of Witness		Address	
X				
32. Signature of Witness		Address		
X				

CERTIFI- CATION OF OFFICIANT	33. I certify that I solemnized the marriage of the parties named in items 5 and 17 at the place and on the date stated above:	Signature of person officiating
	34. Address of person officiating	X
	Member of Clergy <input type="checkbox"/> Judge <input type="checkbox"/>	Religious denomination (if Member of Clergy) Appt. No. Date: Month (by name), day, year

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - OFFICE USE ONLY

Notations:	
CERTIFI- CATION OF REGISTRAR	I certify this return was accepted by me at on 19.... <div style="text-align: right;"><i>(signature of sub- or district registrar)</i></div>

Every item of information should be carefully supplied

R-099-2005,s.2.

ATTESTATION DU CÉLÉBRANT	33. J'atteste que j'ai célébré le mariage des parties mentionnées aux points 5 et 17 au lieu et à la date indiqués aux présentes : <div style="text-align: right;">Signature du célébrant X</div>
	34. Adresse du célébrant
	Membre du clergé <input type="checkbox"/> Culte religieux (<i>s'il s'agit d'un prêtre</i>) App. _____ Date : Mois (<i>au long</i>), jour, année Juge <input type="checkbox"/>

NE RIEN INSCRIRE CI-DESSOUS - POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Commentaires :	
ATTESTATION DU REGISTRAIRE	J'atteste que j'ai accepté la présente formule à le 19.... <div style="text-align: right;"><i>(Signature du sous-registraire ou du registraire local)</i></div>

Remplir en ayant soin d'indiquer tous les renseignements demandés

R-099-2005, art. 2.

FORM 5

STATEMENT TO REGISTER AS A RESIDENT

SERIAL NUMBER
HEADQUARTERS
USE ONLY

I,
(name of person making statement)

residing at
(mailing address)

state that the parent(s)
(name of mother)

and/or
(name of father)

of
(name of child or person to be registered)

was/were ordinarily resident of
(municipality)

in the Northwest Territories for the period immediately before and after the birth of the child or person named above,
who was born at

(place of birth)

on
(date of birth)

I am registering myself; or

I am registering for the child or person named above who is my
(relationship to child or person)

Dated at on 19.....
(signature of person making the statement)

NOTE: CERTIFICATE OF BIRTH OF CHILD OR PERSON TO BE REGISTERED MUST BE ENCLOSED

A wallet-size Residency Certificate is available, once registration is complete.

RESIDENCY CERTIFICATE Requested yes no

If yes, number of certificates requested: x \$5 = Total amount enclosed: \$

FORMULE 5

**DÉCLARATION VISANT
L'ENREGISTREMENT DE LA RÉSIDENCE**

N° DE SÉRIE
À L'USAGE DU
MINISTÈRE
SEULEMENT

Je, soussigné(e),
(nom du requérant)

du
(adresse postale)

déclare par les présentes que le(s) parent(s)
(nom de la mère)

ou
(nom du père)

de
(nom de l'enfant ou de la personne à enregistrer)

aurai(en)t lieu de résidence habituel à
(municipalité)

dans les Territoires du Nord-Ouest au cours de la période ayant immédiatement précédé et suivi la naissance de
l'enfant ou de la personne mentionnée ci-dessus, né(e) à
(lieu de naissance)

..... le
(date de naissance)

- Je fais la présente demande en mon nom.
 Je fais la demande au nom de l'enfant ou de la personne mentionnée ci-dessus,
qui est mon(ma)
(lien avec l'enfant ou la personne)

Fait à le 19
(signature du requérant)

REMARQUE : LA DÉCLARATION DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE DU CERTIFICAT DE NAISSANCE DE
L'ENFANT OU DE LA PERSONNE VISÉE PAR LA DEMANDE.

Il est possible d'obtenir un certificat de résident format portefeuille une fois l'inscription remplie.
CERTIFICAT DE RÉSIDENCE demandé oui non

Si oui, nombre de certificats demandés : x 5 \$ = Montant total inclus : \$

STATUTORY DECLARATION

Where a statement to register as a resident of the Northwest Territories is submitted one year or more after the date of birth of the child or person to be registered, the following Statutory Declaration must be properly completed and declared and the statement must be accompanied by a registration fee of \$5. If applicable, fee of \$5 enclosed.

IN THE MATTER OF establishing eligibility for registration
as a resident of the Northwest Territories of

.....
(name of child or person to be registered)

I,
(name of declarant)

of
(municipality)

in the Northwest Territories do solemnly declare that:

- 1. the facts contained in the above statement are true; and
- 2. I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME

at
(place)

on 19.....
(date)

.....
(signature of declarant)

CERTIFICATION OF REGISTRAR

My acceptance of the above statement constitutes the registration, as a resident of the Northwest Territories, of the child or person named above.

Dated at on 19.....
Registrar General

DÉCLARATION SOLENNELLE

Si la demande d'enregistrement de la résidence dans les Territoires du Nord-Ouest est présentée un an ou plus après la date de naissance de l'enfant ou de la personne visé par la demande, il faut remplir en bonne et due forme une déclaration visant l'enregistrement de la résidence et y joindre les droits d'inscription de 5 \$, si nécessaires.

AUX FINS d'établissement de l'admissibilité de

.....
(nom de l'enfant ou de la personne à inscrire)

à l'enregistrement de la résidence dans les Territoires du Nord-Ouest, je, soussigné(e),
(nom du requérant)

..... de
(municipalité)

dans les Territoires du Nord-Ouest déclare solennellement que :

1. les faits énoncés ci-dessus sont véridiques;
2. je fais la présente déclaration solennelle en toute conscience, la croyant vraie et sachant qu'elle a la même valeur que si elle était sous serment.

FAIT DEVANT MOI

à
(lieu)

le 19
(date) (signature du requérant)

CERTIFICAT DU REGISTRAIRE

L'acceptation de ma part de la déclaration ci-dessus rend valable l'enregistrement de la résidence dans les Territoires du Nord-Ouest de l'enfant ou de la personne visée par la déclaration.

Fait à le 19
Registraire général

BURIAL PERMIT

I,

Registrar at

certify that particulars of the death mentioned below have been registered and permission is granted for the burial of the body.

Name of deceased

Place of death

Date of death

Age

Sex

Name and address of undertaker or person in charge of funeral arrangements

.....

.....

Given under my hand at on 19

.....
Registrar General

This form is authorized by the Registrar General for burial purposes only, including transportation, and must be obtained before the interment or transportation of the body, and be delivered at the time of burial to the caretaker or superintendent of the cemetery.

This form must be returned to the Registrar by the cemetery caretaker or superintendent together with the Quarterly Report.

PERMIS D'INHUMATION

Je, soussigné(e),

registraire à

déclare par la présente que les renseignements relatifs au décès mentionné ci-dessous ont été dûment enregistrés et qu'il est permis par la présente d'inhumer le corps.

Nom de la personne décédée

Lieu du décès

Date du décès

Âge

Sexe

Nom et adresse de la personne responsable des obsèques :

.....
.....

Fait par moi à le 19

.....
Registraire général

La présente formule est utilisée par le registraire général à des fins d'enterrement uniquement, y compris le transport, et doit être obtenue avant l'enterrement ou le transport du corps et est remise au moment de l'enterrement, au responsable ou au surintendant du cimetière.

La présente formule doit être renvoyée au registraire par le gardien ou le responsable du cimetière, accompagnée du rapport trimestriel.

CERTIFICATE OF BIRTH

Name
Date of birth
Place of birth
Sex
Date of registration
Registration No. -11-
Issued at on 19
..... Registrar General

CERTIFICAT DE NAISSANCE

Nom
Date de naissance
Lieu de naissance
Sexe
Date d'enregistrement
N° d'enregistrement -11-
Délivré à le 19
..... Registraire général

CERTIFICATE OF MARRIAGE

Name of first party

Name of second party

Date of marriage

Place of marriage

Date of registration

Registration No. -11-

Issued at on 20

.....
Registrar General

R-099-2005,s.3.

CERTIFICAT DE MARIAGE

Nom de la première partie au mariage

Nom de la deuxième partie au mariage

Date du mariage

Lieu de célébration du mariage

Date d'enregistrement

N° d'enregistrement -11-

Délivré à le 20

.....
Registraire général

R-099-2005, art. 3.

CERTIFICATE OF DEATH

Name of deceased

Date of death

Sex

Marital status

Age

Place of death

Date of registration

Registration No. -11-

Issued at on 19

.....
Registrar General

CERTIFICAT DE DÉCÈS

Nom de la personne décédée

Date du décès

Sexe

État civil

Âge

Lieu du décès

Date d'enregistrement

N° d'enregistrement -11-

Délivré à le 19

.....
Registraire général

FORM 10

**RESIDENCY
CERTIFICATE**
VITAL STATISTICS

00001

NAME			
SEX	DATE OF BIRTH	DD	MM YY
PLACE OF BIRTH: MUNICIPALITY			
PROV./TERR./STATE		COUNTRY	
PROV./TERR./STATE REGISTRATION No.		N.W.T. SERIAL No.	
ISSUED AT YELLOWKNIFE			
REGISTRAR GENERAL		DATE	

In accordance with section 36 of the *Vital Statistics Act* this certificate is issued to a person who, although born at a place outside of the Northwest Territories, was a resident of the Northwest Territories at the time of his or her birth.

FORMULE 10

**CERTIFICAT
DE RÉSIDENCE**
STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL

00001

NOM			
SEXE	DATE DE NAISSANCE	JJ	MM AA
LIEU DE NAISSANCE : MUNICIPALITÉ			
PROV./TERR./ÉTAT		PAYS	
PROV./TERR./ÉTAT N° d'enregistrement		T. N.-O. N° DE SÉRIE	
DÉLIVRÉ À YELLOWKNIFE			
REGISTRAIRE GÉNÉRAL		DATE	

Le présent certificat est délivré en conformité avec l'article 36 de la *Loi sur les statistiques de l'état civil* à quiconque était résident des Territoires du Nord-Ouest au moment de sa naissance mais qui est né à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest.

MONTHLY RETURN

To

Enclosed find returns in duplicate for the month of 19

Births

Marriages

Deaths

Stillbirths

Total

.....
(signature of district registrar)

.....
(address)

Dated at on 19

Notice: It is essential that one of these forms be mailed to the Registrar General with your returns EACH MONTH.

If no Registrations have been received, write "NIL" across the form and mail it.

RAPPORT MENSUEL

À

Veillez trouver ci-joint, en double, le rapport du 19

Naissances

Mariages

Décès

Mort-nés

Total

.....
(signature du registraire local)

.....
(adresse)

Fait à le 19

Avis : Il est important que l'une des copies de la présente formule soit envoyée par la poste au registraire général CHAQUE MOIS accompagnée des prélèvements requis.

Si aucun enregistrement n'a été reçu, inscrire «NÉANT» sur la formule et mettre à la poste.

