

Registration date			Type	Registration No.
Year	Month (by name)	Day		

Form C-1

**THIS IS A PERMANENT LEGAL RECORD**  
 A funeral director taking charge of a dead body, shall complete a Registration of Death form, obtain the medical information from the medical practitioner or coroner and forward the form within 30 days to the Registrar General of Vital Statistics, Service New Brunswick, P.O. Box 1998, Fredericton, N.B. E3B 5G4. Personal information contained on this form is collected under the authority of the Vital Statistics Act, and will be used to register deaths, update or amend, provide extracts, certificates, search notices and for administrative, statistical research, medical and law enforcement purposes.

<b>Details of the child</b>	1. Child's surname		Child's given name(s)		<b>OR</b> Name (according to cultural, ethnic or religious heritage)						
	2. Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	3. Date and time of birth Year   Month (by name)   Day   Hour   Min. (24 hrs)		4. State whether single, twin, triplet, etc.		5. Order of birth - If multiple birth, state whether this child was born 1st, 2nd, 3rd, etc.					
	6. Name of hospital or other establishment where child was born <i>(if neither, give exact location)</i>				City, town, village or other place		County				
<b>Mother's usual residence</b>	7. Street (if rural route, include the name of the community)			10. Street (if rural route, include the name of the community)							
	8. City, town, village, or other place			County		11. City, town, village, or other place		County			
	9. Province or Country		Postal code	Telephone number		12. Province or Country		Postal code			
<b>Other birth particulars</b>	13. Duration of pregnancy (in complete weeks)		14. No. of children ever born to this mother (including this birth) Live-born   Still-born		15. Weight of child at birth (in grams)		16. Parents are : <input type="checkbox"/> Married to each other <input type="checkbox"/> In common-law relationship <input type="checkbox"/> Not applicable		17. Marital Status of Mother <input type="checkbox"/> Never married <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated		
	<b>Details of father</b>				19. Date of birth		Year		Month (by name)		Day
18. Surname <b>OR</b> Name (according to cultural, ethnic or religious heritage)		Given Name(s)				20. Birthplace <i>(Community and Province/State or Country)</i>		21. Level of education achieved <i>(school, college, university, etc.)</i>		22. First Nation? <input type="checkbox"/> Yes → Registration No. _____ <input type="checkbox"/> No	
23. Maiden Surname <b>OR</b> Name (according to cultural, ethnic or religious heritage)		Given Name(s)				24. Medicare Number		25. Date of birth		Year   Month (by name)   Day	
26. Birthplace <i>(Community and Province/State or Country)</i>		27. Level of education achieved <i>(school, college, university, etc.)</i>		Number of years		Diploma obtained <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		28. First Nation? <input type="checkbox"/> Yes → Registration No. _____ <input type="checkbox"/> No			
<b>Request or joint request</b>		29. I/We request the name of the child be registered as indicated in section 1.				Signature(s) of parent(s)					
<b>Attendant at birth</b>		30. Name in full				31. Designation of attendant <input type="checkbox"/> Medical practitioner <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Other <i>(specify)</i>					
<b>Certification of the informant</b>		32. I/We certify the foregoing to be true and correct to the best of my/our knowledge and belief.				Signature(s) of parent(s) or other informant(s)		33. Relationship of the informant(s) to the child		34. Date of signature Year   Month (by name)   Day	

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - OFFICE USE ONLY**

<b>NOTES</b>		

<b>Certification of the Registrar General</b>	I certify this return was accepted by me on this date:	Signature of Registrar General	Date of signature
---	--	--------------------------------	-------------------

Date de l'enregistrement			Type	No. d'enregistrement
Année	Mois (au long)	Jour		

Formule C-1

**LE PRÉSENT DOCUMENT EST PERMANENT**  
 L'administration de l'hôpital ou autre établissement où a lieu une naissance, doit faire remplir un Enregistrement de naissance, le faire signer par le (les) parent(s) et faire parvenir la formule dans les 14 jours au : Registraire général des Statistiques de l'état civil, Services Nouveau-Brunswick, C.P. 1998, Fredericton (N-B.) E3B 5G4. Les renseignements personnels contenus dans la présente formule sont recueillis aux termes de la Loi sur les statistiques de l'état civil, et servent à enregistrer les naissances, à faire des corrections ou modifications, à produire des extraits, certificats ou avis de recherche et aussi à des fins administratives, médicales, de recherches, de statistiques et d'application de la loi.

<b>Renseignements sur l'enfant</b>	1. Nom de famille de l'enfant		Prénom(s) de l'enfant		<b>OU</b> Nom (selon un héritage culturel, ethnique ou religieux)							
	2. Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	3. Date et heure de la naissance Année Mois (au long) Jour Heure Min. (24 hrs)		4. Indiquez s'il s'agit de la naissance d'un enfant, de jumeaux, de triplets, etc.		5. Rang de naissance - s'il s'agit de la naissance de jumeaux, triplets etc. précisez si l'enfant que l'on enregistre est né le 1er, 2e, 3e, etc.						
	6. Nom de l'hôpital ou autre établissement où l'enfant est né, (sinon, l'endroit précis de l'accouchement)				Cité, ville, village ou autre endroit		Comté					
<b>Résidence habituelle de la mère</b>	7. Rue (si route rurale, inclure le nom de la communauté)			10. Rue (si route rurale, inclure le nom de la communauté)								
	8. Cité, ville, village ou autre endroit			Comté		11. Cité, ville, village ou autre endroit		Comté				
	9. Province ou pays		Code postal	N° de téléphone		12. Province ou pays		Code postal				
<b>Autres renseignements</b>	13. Durée de la grossesse (en semaines complètes)	14. Nombre d'enfants nés de cette mère (y compris la présente naissance)		Nés vivants	Morts-nés	15. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)		16. Les parents sont: <input type="checkbox"/> Mariés l'un à l'autre <input type="checkbox"/> En union libre <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas		17. État civil de la mère <input type="checkbox"/> Jamais mariée <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Divorcée		
	<b>Renseignements sur le père</b>				18. Nom de famille <b>OU</b> Nom (selon un héritage culturel, ethnique ou religieux)		Prénom(s)		19. Date de naissance Année Mois (au long) Jour			
20. Lieu de naissance (Communauté et province/état ou pays)		21. Niveau d'éducation accompli (école, collège, université, etc.)		Nombre d'années	Diplôme obtenu	22. Première nation ? <input type="checkbox"/> Oui → No. d'enregistrement : _____ <input type="checkbox"/> Non						
23. Nom de famille de jeune fille <b>OU</b> Nom (selon un héritage culturel, ethnique ou religieux)		Prénom(s)		24. # d'assurance-maladie		25. Date de naissance Année Mois (au long) Jour						
26. Lieu de naissance (Communauté et province/état ou pays)		27. Niveau d'éducation accompli (école, collège, université, etc.)		Nombre d'années	Diplôme obtenu	28. Première nation ? <input type="checkbox"/> Oui → No. d'enregistrement : _____ <input type="checkbox"/> Non						
<b>Requête ou requête conjointe</b>	29. Je requiers / Nous requérons que le nom de l'enfant soit enregistré tel qu'indiqué à la case 1.			Signature(s) of parent(s)								
<b>Accoucheur</b>	30. Nom au complet			31. Titre de l'accoucheur <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Autre								
<b>Certification du déclarant</b>	32. Je certifie/Nous certifions que la présente déclaration est, à ma/notre connaissance, véridique et exacte.			Signature(s) du (des) parent(s) ou du (des) déclarant(s)		33. Lien de parenté entre le(s) déclarant(s) et l'enfant		34. Date de signature Année Mois (au long) Jour				

**NE RIEN INSCRIRE CI-APRÈS - RÉSERVÉ AU MINISTÈRE**

<b>NOTES</b>											
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Certification du registraire général</b>	Je reconnais avoir accepté cet enregistrement à cette date :			Signature du registraire général				Date de signature			
---	--	--	--	----------------------------------	--	--	--	-------------------	--	--	--