



Notice of Birth or Stillbirth

Registrar General of Vital Statistics,
Service New Brunswick, P.O. Box 1998,
Fredericton N.B. E3B 5G4.
Français au verso.

Form C

Name of father	Surname		Given name(s)		OR Name (according to cultural, ethnic or religious heritage)					
	Maiden surname		Given name(s)		OR Name (according to cultural, ethnic or religious heritage)		Medicare number of mother			
Name of mother	Complete street address If rural, give exact location (not P.O. No. or R.R. address)		City, town, village or other place		County		Province or Country		Postal code	
	Date and time of birth		Place of birth of child		Hospital or other establishment (if neither, give exact location)		City, town, village or other place			
Birth particulars	Year	Month (by name)	Day	Hour	Min. (24 hrs)	State whether single, twin, triplet, etc.		Number of previous births to mother		
	Sex of child <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Birth weight of child (in grams)	Number of weeks gestation	Was child born alive? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Livebirths Stillbirths </div>		
Condition of child	Were any congenital anomalies noted at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (describe)									
Medical practitioner or other person in attendance <small>(or official of hospital or establishment)</small>	Name in full (Print)				City, town, village or other place					
	Signature of medical practitioner or person in attendance (or official of hospital or establishment)						Date of signature			
						Year	Month (by name)		Day	

Formule C

Nom du père	Nom de famille		Prénom(s)		OU Nom (selon un héritage culturel, ethnique ou religieux)				
	Nom de famille de jeune fille		Prénom(s)		OU Nom (selon un héritage culturel, ethnique ou religieux)		# Assurance-maladie de la mère		
Adresse de la mère	Adresse au complet Si rurale, donnez l'endroit exact (Pas de C.P. ou de route rurale)		Cité, ville, village ou autre endroit		Comté		Province ou pays		Code postal
	Date et heure de la naissance		Lieu de naissance		Hôpital ou autre établissement (sinon lieu exact)		Cité, ville, village ou autre endroit		
Renseignements sur la naissance	Année	Mois (au long)	Jour	Heure	Min. (24 hrs)				
	Sexe de l'enfant <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)	Durée de la grossesse (en semaines)	L'enfant est-il né vivant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Indiquez s'il s'agit de la naissance d'un enfant, de jumeaux, de triplets, etc.		Nombre de naissances antérieures de la mère		Nés/vivants
Condition de l'enfant	L'enfant présentait-il quelque anomalie congénitale apparente à la naissance ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (le décrire)								
Médecin ou personne de garde (ou le responsable de l'hôpital ou de l'établissement)	Nom au complet (en lettres moulées)				Cité, ville, village ou autre endroit				
	Signature du médecin ou de la personne de garde (ou du responsable de l'hôpital ou de l'établissement)					Date de signature			
					Année	Mois (au long)		Jour	