



FORMULAIRE D'INSCRIPTION CIRCONCISION NÉONATALE

CHU SAINTE-JUSTINE

HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

La circoncision néonatale est offerte par le service de chirurgie pédiatrique aux parents qui le désirent. Votre enfant doit être âgé entre 10 jours de vie et être à moins de 3 mois (moins de 6 Kg). Le coût de l'intervention incluant les frais hospitaliers, s'élève à **358,21\$**. **Le formulaire compléter, devra être acheminé à l'adresse suivante: inscription.circoncision.hsj@ssss.gouv.qc.ca**

*Un agent vous contactera pour la prise de rendez-vous dans les plus brefs délais.

SECTION A - IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ENFANT PRÉMATURÉ OUI Si oui, quel est la date à terme : _____
 NON

NAM (numéro d'assurance maladie de l'enfant) : _____ EXP : _____

SECTION B - ADRESSE POSTALE

ADRESSE : _____ APT : _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____

CODE POSTALE : _____

COORDONNÉES : TÉL. : _____ 2. TÉL. : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

SECTION C - IDENTIFICATION DES PARENTS

Nom du père : _____ Prénom du père : _____

Nom de la mère : _____ Prénom de la mère : _____