

**FORM 12.4**

**(Family Services Act, S.N.B. 1980, c.F-2.2, s.75(3)  
and Regulation 85-14 under the Act, s.9.1)**

DEPARTMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT  
PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT  
OF INFORMATION**

IN THE MATTER OF:

.....,  
(Name of child)

born the . . . . day of . . . . ., (“the child”).

I/WE,

....., born on ..... and  
(Name of applicant)

....., born on . . . . ., (“the applicant”),  
(Name of applicant)

who lives at .....  
(Street address) (Town/City) (Province)

with telephone number(s) .....  
acknowledge receipt of the following documents:

*(Initial the boxes below as appropriate:)*

- social history of the child
- health history of the child
- social history of the birth mother
- health history of the birth mother
- social history of the birth father
- health history of the birth father
- other family background information (*specify*):

.....

.....

- photographs
- other (*specify*): .....

.....

**FORMULE 12.4**

**(Loi sur les services à la famille, L.N.-B. 1980,  
c. F-2.2, par. 75(3) et le Règlement 85-14  
établi en vertu de la Loi, art. 9.1)**

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL  
PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION  
DES RENSEIGNEMENTS**

DANS L’AFFAIRE DE :

.....,  
(nom de l’enfant)

né(e) le . . . . . (« l’enfant »).

JE/NOUS,

....., né(e) le .....et  
(nom du demandeur)

....., né(e) le . . . . ., (« le demandeur »),  
(nom du demandeur)

qui réside au ..... , au(x)  
(rue) (municipalité) (province)

numéro(s) de téléphone .....  
accuse réception des documents suivants :

*(paraphez les cases appropriées)*

- les antécédents sociaux de l’enfant
- les antécédents médicaux de l’enfant
- les antécédents sociaux de la mère naturelle
- les antécédents médicaux de la mère naturelle
- les antécédents sociaux du père naturel
- les antécédents médicaux du père naturel
- autres renseignements sur les antécédents  
familiaux (*veuillez préciser*) :

.....

.....

- photographies
- autre (*veuillez préciser*) : .....

.....

DATED at ..... in the County  
of ....., in the Province of New Brunswick,  
this ..... day of ....., 2.....

FAIT à ....., dans le comté de  
....., dans la province du Nouveau-  
Brunswick, le ..... 2.....

Witness: Minister of Social Development by:

Témoin : Ministre du Développement social, par :

.....,  
An appropriate person authorized by  
the Minister under paragraph 3(1)(b)  
of the *Family Services Act*

.....,  
une personne compétente que le  
Ministre a autorisée en vertu de  
l'alinéa 3(1)b) de la  
*Loi sur les services à la famille*

.....  
Applicant

.....  
Demandeur

.....  
Applicant

.....  
Demandeur

2007-82; 2012-40; 2016, c.37, s.68; 2019, c.2, s.56

2007-82; 2012-40; 2016, ch. 37, art. 68; 2019, ch. 2,  
art. 56