

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 FAMILY AND COMMUNITY SERVICES
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 DES SERVICES FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES
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 Family and Community
Services by:

Témoin : Ministre des services familiaux et
communautaires, par :

.....,
An authorized employee under
paragraph 3(1)(b) of the
Family Services Act

.....,
un employé compétent autorisé par le
Ministre en vertu de l'alinéa 3(1)b) de la
Loi sur les services à la famille

.....
Applicant

.....
Demandeur

.....
Applicant

.....
Demandeur

2007-82

2007-82