

S'il vous plaît remplir ce formulaire et soumettre via:

- Téléphone: 1 905 349 3254 / FAX: 1 866 209 4714
- Courrier: PO Box 344, Port Hope, Ontario, L1A 3W4 **OR**
- Email: cbr@canada-bereavement-registry.ca

Details sur la personne décédée - S'il vous plaît imprimer clairement

Prénom:	Deuxième nom:
Nom:	Autre nom:
Adresse:	Appartement:
Ville:	Province:
Code Postal:	Téléphone:
Date de naissance:	Date du décès:
Adresse Courriel:	

Vos détails – S'il vous plaît imprimer clairement

Prénom:	Nom:
Adresse Courriel:	

Votre lien de parenté avec la personne décédée:

Épouse <input type="checkbox"/>	Conjointe <input type="checkbox"/>	Parent <input type="checkbox"/>	Petit-Enfant <input type="checkbox"/>
Grand-Parent <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Exécuteur <input type="checkbox"/>	Maison Funéraire <input type="checkbox"/>
Nouvel occupant <input type="checkbox"/>	Ami <input type="checkbox"/>	Autre membre de la famille <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>

Consentement

Moi, représentant la personne décédée, autorise le Registre des décès du Canada à retirer le nom et l'adresse de la personne décédée ci-haut mentionnée de la liste de publipostage des compagnies de publicité.

Signature:	Date:
------------	-------