



Caisse de
PRÉVOYANCE SOCIALE
Saint-Pierre et Miquelon



Registration Form

Avez-vous réservé un interprète ?

Have you booked an interpreter?

Oui/Yes **Non/No**

Êtes-vous déjà venu(e) ici ?

Have you been here before?

Oui/Yes **Non/No**

Avez-vous un rendez-vous aujourd'hui ?

Do you have an appointment today?

Oui/Yes **Non/No**

Prénom : _____ Nom : _____
First name Last name

Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ Prénom de votre mère : _____
Date of birth (DD/MM/YY) Mother's first name

Adresse de votre domicile : _____
Home address

Numéros de téléphone domicile / cellulaire : _____ / _____
Home phone / cell phone

Adresse email : _____
Email address

Nom d'un parent proche : _____
Next of kin

Numéro de téléphone et adresse du parent proche : _____
NOK's phone number and address

Nom d'un autre contact à rajouter à votre dossier : _____
Other contact to add to file

Avez-vous votre assurance avec vous (carte ou lettre) ?
Do you have your insurance with you (card or letter)?

Oui/Yes **Non/No**

Votre médecin traitant : _____
Family Doctor

**For over-the-phone interpretation assistance or to ask for an interpreter,
call (709) 800-6190 weekdays between 8 AM and 4 PM**