

**Combien de sœurs ?**

Age des sœurs vivantes.	}	1
		2
		3
		4
		5

Age des sœurs défuntés.	}	1
		2
		3
		4
		5

De quelles ma- ladies sont-elles mortes ?	}	1
		2
		3
		4
		5

13.—L'aspirant déclare-t-il n'avoir pas été examiné avant ce jour, par un autre médecin dans le but de devenir membre de l'Union St. Joseph, à St. Sauveur de Québec.

14.—Considérez-vous que l'aspirant peut être admis avec sûreté membre de l'Union St. Joseph, à St. Sauveur de Québec, recommandez-vous son admission ?

15.—La signature ci-dessous de l'aspirant a-t-elle été apposée en votre présence ?

Signature au long, avec noms et prenoms du pétitionnaire :

Examiné à \_\_\_\_\_ jour d \_\_\_\_\_ 18\_\_

Signature du médecin :

Observations et remarques particulières du médecin-examineur, quand il y a lieu, avec sa signature au bas :

**Formule d'application pour bénéfice.**

A Mr. le Président de l'Union St. Joseph,

Monsieur,—Je vous informe que, par maladie, je suis arrêté de mon travail et empêché de vaquer à aucune occupation quelconque, et que je désire retirer mes bénéfices.

(lieu) (date) (signature).

**Formule de certificat de Médecin pour maladie.**

Je, soussigné, médecin, certifie que Mr. (les noms et prenoms) est sous mes soins depuis le (date) pour (indiquer la nature de la maladie) et qu'il est actuellement incapable de se livrer à aucun travail ou occupation quelconque.

(lieu) (date) (signature).