



Health  
Canada

Santé  
Canada

Protégé B une fois complété

## Inscription auprès de Santé Canada

### Production de cannabis à des fins médicales par une personne désignée

**Note:** Ce formulaire s'adresse uniquement aux demandeurs qui désignent une autre personne pour produire, en leur nom, du cannabis à des fins médicales en vertu du *Règlement sur le cannabis*.

Vous ne devez **pas** utiliser ce formulaire si vous souhaitez :

- produire pour vous-même du cannabis à des fins médicales
- faire une demande pour la possession seulement

Dans ces 2 cas, veuillez télécharger le formulaire de demande pour '[Production à des fins médicales personnelles](#)' ou '[Inscription pour la possession seulement](#)'

#### Liste de vérification

Une demande dûment complétée doit inclure :

1. la version originale de votre document médical
2. ce formulaire d'inscription (dûment complété, tous les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires)
3. un document de police original émis dans les 90 jours précédant la date à laquelle Santé Canada reçoit cette demande

Avant d'envoyer par la poste toute documentation, quoi que ce soit, veuillez-vous assurer que :

- tous les documents et les champs obligatoires ont été correctement remplis
- toutes les dates et les signatures requises ont été apposées.

**Note :** Toutes les signatures sur la demande et sur le document médical doivent être originales. Si le document médical original n'est pas inclus, nous vous retournerons la demande incomplète. Ceci s'applique à la fois aux premières demandes et aux demandes de renouvellement.

Nous avons publié un exemplaire de [document médical](#) sur notre site Web pour votre commodité.

Tous les documents doivent être postés ensemble à l'adresse suivante :

Santé Canada

Programme d'accès au cannabis à des fins médicales

Indice de l'adresse : 5002A

Ottawa, ON K1A 0K9

## Avis et accords

**Avis de confidentialité :** Les renseignements personnels que vous communiquez à Santé Canada sont régis conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Nous recueillons uniquement les renseignements dont nous avons besoin pour administrer le Programme d'accès au cannabis à des fins médicales autorisé en vertu du *Règlement sur le cannabis*.

**But de la collecte des renseignements :** Nous avons besoin de vos renseignements personnels pour traiter votre demande d'inscription conformément aux paragraphes 312(2) à 312 (7) et 315(1) du *Règlement sur le cannabis*.

**Autres utilisations ou divulgations :** Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux autorités provinciales ou territoriales responsables de la réglementation des pratiques professionnelles des praticiens de la santé, conformément au paragraphe 328(2). De plus, vos renseignements personnels pourraient être divulgués à des organismes d'application de la loi pour confirmer que vous êtes autorisé à produire et à posséder légalement une quantité limitée de cannabis à des fins médicales. Dans des situations limitées et précises, vos renseignements personnels pourraient être divulgués sans votre consentement, conformément au paragraphe 8(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

**Refus de communiquer des renseignements :** Omettre de fournir des renseignements demandés empêchera votre demande d'être traitée et votre formulaire d'inscription ainsi que les documents d'accompagnement vous seront retournés.

**Pour plus d'information :** Cette collecte de renseignements personnels est décrite sur [Info Source](#). Un fichier de renseignements personnels (FRP) est en cours d'élaboration et sera inclus au même site web.

**Vos droits en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels :** En plus de protéger vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne le droit d'accéder à vos renseignements personnels et de demander d'y apporter une correction. Pour plus d'information à propos de ces droits ou de nos pratiques en matière de confidentialité, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la protection des renseignements personnels de Santé Canada au numéro 613-948-1219 ou à l'adresse [privacy-vie.privee@hc-sc.gc.ca](mailto:privacy-vie.privee@hc-sc.gc.ca). Vous avez également le droit de déposer une plainte au commissaire à la protection de la vie privée du Canada si vous pensez que vos renseignements personnels ont été utilisés de manière inappropriée.

## Section 1 : Type de demande

Veuillez choisir votre type de demande (choisissez-en un) :\*

**Je présente une demande pour une production par une personne désignée pour la première fois** (puis passez à la section 2)

**Je suis actuellement inscrit et j'aimerais renouveler mon inscription pour une production par une personne désignée** (veuillez fournir votre numéro d'inscription du registre de cannabis médical [RCM], qui est expliqué dans la boîte d'information dans cette section, et passez ensuite à la section 2)

Numéro d'inscription du RCM :

**Je suis actuellement inscrit, mais je voudrais apporter un ou des changements à mon inscription pour une production par une personne désignée** (si sélectionné, complétez la section 1a)

Numéro d'inscription du RCM :

### Qu'est-ce que le numéro d'inscription du RCM et où le trouver ?

Le numéro d'inscription du RCM est votre identificateur personnel. Santé Canada l'utilise pour suivre votre demande de production et votre inscription. Vous trouverez votre numéro d'inscription du RCM sur votre certificat dans la section Personne inscrite.

## Section 1a : Demande de modification d'inscription

Veuillez choisir l'énoncé qui s'applique (choisissez-en un) :

**Je détiens actuellement un certificat d'inscription actif de production et je désire apporter un changement.**

Comme je sais que je ne peux détenir plus d'une inscription à la fois, si cette demande entraîne l'émission d'une inscription supplémentaire, je demande que toute inscription existante à mon nom en vertu de la partie 14, section II du *Règlement sur le cannabis* soit annulée immédiatement avant la délivrance de ma nouvelle inscription par Santé Canada.

**J'ai actuellement une autre demande en cours de traitement par Santé Canada.** Je désire retirer cette demande antérieure et que la présente demande soit traitée.

**Ne s'applique pas.** Je ne détiens pas de certificat d'inscription actif pour la production personnelle et que je n'ai pas d'autre demande en cours de traitement par Santé Canada.

Date d'entrée en vigueur des changements (si connue) (aaaa-mm-jj):

La présente demande est accompagnée d'une preuve de changement de nom légal en cas de changement de nom de la personne inscrite, de la personne désignée ou de l'adulte responsable de la personne inscrite.

## Section 2 : Renseignements sur le demandeur

### Section 2a : Renseignements personnels

Nom de famille (famille ou nom) :\*

Prénom :\*

Deuxième prénom:

Date de naissance (aaaa-mm-jj) :\*

Numéro de téléphone (primaire) :\*

Numéro de téléphone (secondaire) :

Adresse courriel :\*

Numéro de télécopieur :

Langue officielle préférée (choisissez-en un) :\*

Français      Anglais

### Section 2b : Lieu de résidence habituel du demandeur

Adresse :\*

Numéro d'appartement/d'unité:

Ville :\*

Province/Territoire :\*

Code postal :\*



Veuillez sélectionner ce qui décrit le mieux l'adresse que vous avez fournie dans cette section (choisissez-en un) :\*

Résidence privée (par exemple : maison, condo, appartement)

Résidence qui n'est pas privée (par exemple : refuge, établissement de soins de longue durée)

### Adresse complète – Liste de vérification

Votre adresse complète devrait inclure :

- Numéro de maison ou d'immeuble (aussi appelé numéro civique)
- S'il n'y a pas d'adresse municipale (par exemple : zones rurales), veuillez inscrire la description légale complète
- Numéro de l'unité ou de l'appartement
- Nom de la rue
- Type de rue (par exemple : Avenue, Place, Allée)
- Orientation de la rue (par exemple : S (Sud), N (Nord))
- Ville (ou municipalité)
- Province ou territoire
- Code postal (s'il n'y a pas de code postal, veuillez indiquer S/O dans ce champ)

Si vous avez un numéro d'unité et/ou un numéro d'appartement, vous devez l'inclure. Il fait partie intégrante de l'adresse.

**Note** : Les adresses de boîte postale ne sont pas acceptées pour le lieu de résidence habituel. Les demandes identifiant une boîte postale comme lieu de résidence habituel à la section 2b seront retournées (les boîtes postales peuvent être incluses dans l'adresse postale à la section 2c).

### Section 2c : Adresse postale (si différente du lieu de résidence habituel)

Adresse :	Numéro d'appartement/d'unité :	
Ville :	Province/Territoire :	Code postal :

### Section 3 : Adulte responsable

La demande et les documents connexes peuvent être présentés par une personne qui est responsable du demandeur. Dans ce formulaire, nous référons à cet individu comme à « l'adulte responsable ».

Le rôle de l'adulte responsable inclut davantage que de compléter et signer le formulaire de demande au nom d'un demandeur. Il exige un certain degré de responsabilité à l'égard de la personne, par exemple :

- La volonté d'être responsable de sa consommation de cannabis à des fins médicales
- Celle d'aider à administrer le cannabis
- Être responsable de la sécurité du cannabis

Un adulte responsable doit suivre les étapes suivantes :

1. Fournir ses coordonnées à la section 3a ci-dessous
2. Attester que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets
3. Signer les attestations énumérées à la section 11 du présent formulaire d'inscription

En tant qu'adulte responsable, vous **n'êtes pas** autorisé à produire au nom du demandeur. Si le demandeur souhaite vous désigner pour produire en son nom, il devra vous identifier comme personne désignée à la Section 5 du présent formulaire.

**Section 3a : Renseignements sur l'adulte responsable**

Nom de famille (famille ou nom) :

Prénom :

Deuxième prénom :

Date de naissance (aaaa-mm-jj) :

Langue officielle préférée (choisissez-en un) :

Français      Anglais

**Section 3b : Adresse postale de l'adulte responsable**

Adresse :

Numéro d'appartement/d'unité :

Ville :

Province/Territoire :

Code postal :

**Section 4 : Version originale du document médical**

Vous **devez** joindre la version originale d'un document médical complété et signé par votre praticien de la santé si vous soumettez :

- une première demande
- une demande de renouvellement

Il n'y a pas d'exigence à savoir comment le document médical complété par votre praticien de la santé est présenté mais le document médical doit obligatoirement satisfaire à toutes les exigences énoncées au paragraphe 273(1) du *Règlement sur le cannabis*.

Votre praticien de la santé pourrait souhaiter utiliser le [modèle de document médical de Santé Canada](#), lequel inclut déjà tous les champs exigés.

**Section 5 : Renseignements sur la personne désignée****Section 5a : Renseignements personnels**

Nom de famille (famille ou nom) :\*

Prénom :\*

Deuxième prénom:

Date de naissance (aaaa-mm-jj) :\*

Numéro de téléphone ( primaire) :\*

Numéro de téléphone (secondaire) :

Adresse courriel :\*

Numéro de télécopieur :

Langue officielle préférée (choisissez-en un) :\*

Français

Anglais

**Section 5b: Lieu de résidence habituel de la personne désignée**

Adresse :\*

Numéro d'appartement/d'unité :

Ville :\*

Province/Territoire :\*

Code postal :\*

**Section 5c : Adresse postale de la désignée (si différente du lieu de résidence habituel)**

Adresse :

Numéro d'appartement/d'unité :

Ville :

Province/Territoire :

Code postal :

## Section 6 : Document de la police

Vous **devez** joindre un document émis par un service de police canadienne **dans les 90 jours précédent la date à laquelle Santé Canada reçoit cette demande.**

Ce document doit attester qu'au cours des dix années précédant la date d'émission du document à la personne désignée pour le demandeur, la personne désignée n'a pas :

- été reconnue coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée ou d'une infraction relative aux substances contrôlées tel que définies dans le *Règlement sur le cannabis*. Veuillez noter qu'il n'est pas nécessaire que cette vérification policière inclut les infractions non liées à la drogue;
- reçu une peine applicable aux adultes, en tant que mineur, au sens du paragraphe 2(1) de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, à l'égard d'une infraction désignée ou d'une infraction relative aux substances contrôlées.
- Lorsque vous demandez un document de police au service de police canadienne de votre région, veuillez l'aviser que **seuls** les renseignements relatifs aux deux éléments ci-dessus sont exigés. Afin de protéger votre vie privée, n'envoyez pas plus de renseignements que ce que nous vous demandons de fournir. Si vous envoyez plus de renseignements que nécessaires, **nous n'en tiendrons pas compte** lors du traitement de la demande d'inscription et nous prendrons toutes les précautions nécessaires dans le but de protéger vos informations personnelles.

## Section 7 : Lieu de production

### Qu'est-ce qu'une adresse complète du lieu de production?

Dans cette section, vous devez fournir l'adresse **complète** du lieu pour lequel vous demandez l'autorisation de production. L'adresse complète doit comprendre les éléments suivants :

- Numéro de maison ou d'immeuble (aussi appelé numéro civique)
- S'il n'y a pas d'adresse municipale (par exemple : zones rurales), veuillez inscrire la description légale complète
- Numéro de l'unité ou de l'appartement
- Nom de la rue
- Type de rue (par exemple : Avenue, Place, Allée)
- Orientation de la rue (par exemple : S (Sud), N (Nord))
- Ville (ou municipalité)
- Province ou territoire
- Code postal (s'il n'y a pas de code postal, veuillez indiquer S/O dans ce champ)

Si vous avez un numéro d'unité et/ou un numéro d'appartement, celui-ci doit être indiqué. Il est considéré comme une partie essentielle de l'adresse.

**Veuillez noter :** Les adresses de boîtes postales ne sont pas acceptées pour les sites de production. Les boîtes postales ne peuvent être incluses que pour l'adresse postale à la section 7a.

Conformément à l'article 308 du *Règlement sur le cannabis*, Santé Canada pourrait demander plus de renseignements reliés au traitement de votre demande.

### Section 7a : Lieu de production

Je, **personne désignée**, produirai des plantes de cannabis (choisissez-en un) :\*

à mon lieu de résidence habituel (section 5b du présent formulaire de demande). Veuillez passer à la **section 9** au lieu de résidence habituel du demandeur (section 2b du présent formulaire de demande). Veuillez passer à la **section 9**

à un endroit autre que mon lieu de résidence habituel ou du lieu de résidence habituel du demandeur, tel qu'indiqué ci-dessous dans la **section 7a**.

Adresse (lieu de production) :		Numéro d'appartement/d'unité :
Ville :	Province/Territoire :	Code postal :

### Section 8 : Propriétaire ou copropriétaire du lieu de production

Qui possède le lieu de production où vous produirez les plantes de cannabis (indiqué dans la section 7a) ? (choisissez toutes les options qui s'applique) :\*

La personne désignée est le seul propriétaire (Passez à la **section 9**)

La personne désignée est un copropriétaire (Tous les autres copropriétaire doivent compléter la **section 8a**)

Le demandeur est le seul propriétaire (Passez à la **section 9**)

Le demandeur est un copropriétaire (Tous les autres copropriétaire doivent compléter la **section 8a**)

Ni le demandeur, ni la personne désignée est le seul propriétaire ou un copropriétaire (compléter la **section 8a**)

### Section 8a : Renseignements sur les propriétaires du lieu de production

Nom de la société :	
Nom de famille (famille ou nom) :	
Prénom :	Deuxième prénom :
Adresse de résidence :	Numéro d'appartement/d'unité :
Ville :	Province/Territoire :
Code postal :	Numéro de téléphone :

## Consentement du propriétaire du lieu de production

Veuillez choisir le propriétaire de votre site de production et compléter les informations pertinentes (choisissez-en un) :

Je [nom complet du **propriétaire**]

confirme être l'unique propriétaire du lieu mentionné à la section 7 (le lieu de production proposé) et je consens à ce

que [nom complet de la **personne désignée**]

produise des plantes de cannabis sur ma propriété conformément au *Règlement sur le cannabis*.

Je [nom complet du **propriétaire**]

avec un ou plusieurs copropriétaires, suis propriétaire du lieu mentionné à la section 7a (le lieu de production

proposé) et je consens à ce que [nom complet de la **personne désignée**]

produise des plantes de cannabis sur ma propriété conformément au *Règlement sur le cannabis*. Je fournis le nom et l'adresse de chaque propriétaire additionnel dans l'espace ci-dessous. (Veuillez imprimer des copies supplémentaires de la page si nécessaire.)

Le lieu de production est la propriété de [nom complet de la **société**]  
pour qui je suis autorisé à signer en son nom. Je soussigné(e)

[nom complet de la **personne autorisée**]

déclare consentir à ce que [nom complet du **personne désignée**]

produise des plantes de cannabis sur ma propriété, conformément au *Règlement sur le cannabis*. Si plus d'une signature est nécessaire pour signer au nom de la société, veuillez utiliser les espaces réservés aux copropriétaires ci-dessous.

Signature du (co)propriétaire/personne autorisée du lieu de production :

Date de la signature (aaaa-mm-jj) :

## Renseignements et consentement du 1<sup>er</sup> copropriétaire

### Renseignements sur le copropriétaire du lieu de production

Nom de famille (famille ou nom) :

Prénom :

Deuxième prénom :

Adresse de résidence :

Numéro d'appartement/d'unité :

Ville :

Province/Territoire :

Code postal :

Numéro de téléphone :

## Consentement du copropriétaire du lieu de production

Veuillez choisir la personne qui est copropriétaire de votre site de production et compléter les informations applicables (choisissez-en un) :

Je [nom complet du **copropriétaire**]

avec un ou plusieurs copropriétaires, suis propriétaire du lieu mentionné à la section 7 (le lieu de production proposé).

Je consens à ce que [nom complet de la **personne désignée**]

produise des plantes de cannabis sur ma propriété conformément au *Règlement sur le cannabis* et je fournis le nom et l'adresse de chaque propriétaire additionnel dans l'espace ci-dessous. (Veuillez imprimer des copies supplémentaires de la page si nécessaire.)

Le lieu de production est la propriété de [nom complet de la **société**]

pour qui je suis autorisé à signer en son nom. Je soussigné(e) [nom complet de la **personne autorisée**]

déclare consentir à ce que [nom complet du **personne désignée**]

produise des plantes de cannabis sur ma propriété, conformément au

*Règlement sur le cannabis*.

Signature du copropriétaire/personne autorisée du lieu de production :

Date de la signature (aaaa-mm-jj):

## Renseignements et consentement du 2<sup>e</sup> copropriétaire (s'il y a lieu)

### Renseignements sur le copropriétaire du lieu de production

Nom de famille (famille ou nom) :

Prénom :

Deuxième prénom :

Adresse de résidence :

Numéro d'appartement/d'unité :

Ville :

Province/Territoire :

Code postal :

Numéro de téléphone :

## Consentement du copropriétaire du lieu de production

Veuillez choisir la personne qui est copropriétaire de votre site de production et compléter les informations applicables (choisissez-en un) :

Je [nom complet du **copropriétaire**]

avec un ou plusieurs copropriétaires, suis propriétaire du lieu mentionné à la section 7 (le lieu de production proposé).

Je consens à ce que [nom complet de la **personne désignée**]

produise des plantes de cannabis sur ma propriété conformément au *Règlement sur le cannabis* et je fournis le nom et l'adresse de chaque propriétaire additionnel dans l'espace ci-dessous. (Veuillez imprimer des copies supplémentaires de la page si nécessaire).

Le lieu de production est la propriété de [nom complet de la **société**]

pour qui je suis autorisé à signer en son nom. Je soussigné(e) [nom complet de la **personne autorisée**]

déclare consentir à ce que [nom complet du **personne désignée**]

produise des plantes de cannabis sur ma propriété, conformément au

*Règlement sur le cannabis*.

Signature du copropriétaire/personne autorisée du lieu de production :

Date de la signature (aaaa-mm-jj) :

## Section 9 : Zone de production

Je produirai des plantes de cannabis (choisissez-en un) :\*

Entièrement à l'intérieur

Entièrement à l'extérieur; (si c'est le cas, vous confirmez que) :

la limite du terrain sur lequel est situé le lieu de production n'a aucun point commun avec la limite du terrain sur lequel se trouve une école, un terrain de jeux public, une garderie ou un autre lieu public fréquenté principalement par des personnes âgées de moins de 18 ans.

En partie à l'intérieur et en partie à l'extérieur; si c'est le cas, vous confirmez que :

la limite du terrain sur lequel est situé le lieu de production n'a aucun point commun avec la limite du terrain sur lequel se trouve une école, un terrain de jeux public, une garderie ou un autre lieu public fréquenté principalement par des personnes âgées de moins de 18 ans.

**Important** : Si vous choisissez de produire en partie à l'intérieur et à l'extérieur, les plantes peuvent être déplacées de l'intérieur vers l'extérieur (et vice versa); cependant, les plantes **ne peuvent pas** être cultivées à l'intérieur et à l'extérieur en même temps.

## Section 10 : Déclarations et signature du demandeur (demande présentée par le demandeur)

**Note :** Les demandeurs qui présentent leur propre demande doivent remplir et signer la section 10. Si un adulte responsable du demandeur présente la demande en son nom, l'adulte responsable doit compléter la section 11.

**Note :** Un producteur désigné ne peut pas soumettre la demande au nom du demandeur à moins d'être aussi identifié comme 'adulte responsable' et d'avoir rempli les sections 3 et 11.

Je, [nom complet du **demandeur**]

, confirme que :

1. je respecterai les limites de possession applicables;
2. je prendrai des mesures raisonnables pour assurer la sécurité du cannabis en ma possession qui a été produit en vertu de la partie 14, section II du *Règlement sur le cannabis*.

**Note :** En signant la section 10, vous attestez de ces deux déclarations et confirmez que les informations contenues dans cette demande sont correctes et complètes. Toute information fausse ou trompeuse soumise dans le cadre de cette demande pourrait entraîner le refus ou la révocation de votre inscription.

Signature du demandeur :

Nom en lettres moulées :

Date de signature (aaaa-mm-jj) :

## Section 11 : Déclarations et signatures de l'adulte responsable (demande présentée par l'adulte responsable)

Je [nom complet de l'**adulte responsable**]

responsable du demandeur identifié à la section 3a du présent formulaire de demande, présente cette demande au nom

de [nom complet du **demandeur**]

le demandeur, nommé à la section 2 du présent formulaire de demande. Je déclare et atteste ce qui suit :

Je suis responsable du demandeur. En ma capacité d'adulte responsable, j'accepte

- d'être responsable de la consommation de cannabis à des fins médicales de la personne
- d'aider à administrer le cannabis
- d'être responsable de la sécurité du cannabis à des fins médicales du demandeur.

Je confirme que je veillerai à ce que le demandeur respecte la limite de possession qui sera indiquée sur le certificat d'inscription.

Je déclare que je veillerai à ce que le demandeur prenne toutes les mesures raisonnables pour assurer la sécurité du cannabis en sa possession qui a été produit en vertu de la partie 14, section II du *Règlement sur le cannabis*.

**Note :** En signant cette section, l'adulte responsable du demandeur atteste de toutes les déclarations faites à la section 11 et que les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts et complets. Toute information fausse ou trompeuse soumise dans le cadre de cette demande pourrait entraîner le refus ou la révocation de l'inscription.

Signature du responsable du demandeur :

Nom en lettres moulées :

Date de la signature (aaaa-mm-jj) :

## Section 12 : Déclaration et signature de la personne désignée

Je [nom complet de la **personne désignée**]

la personne désignée, réside habituellement au Canada. Je déclare et atteste qu'au cours des dix (10) dernières années :

- je n'ai pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée ou d'une infraction relative aux substances contrôlées;
- je n'ai pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction commise à l'extérieur du Canada qui, si elle avait été commise au Canada, aurait constitué une infraction désignée ou une infraction relative aux substances contrôlées;
- en tant que mineur, je n'ai pas été condamné à une "peine applicable aux adultes", au sens du paragraphe 2(1) de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, relativement à une infraction désignée ou à une infraction relative aux substances contrôlées;
- je n'ai pas reçu de peine pour une infraction commise à l'extérieur du Canada lorsque j'avais au moins 14 ans mais moins de 18 ans et qui, si elle avait été commise au Canada, aurait constitué une infraction désignée ou une infraction relative aux substances contrôlées et aurait entraîné une peine plus longue que la peine maximale pour adolescents qui aurait pu être imposée pour une telle infraction en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents*.

Je déclare que je respecterai les limites de possession applicables.

Je prendrai toutes les mesures raisonnables pour assurer la sécurité du cannabis en ma possession que j'ai produit en vertu de la partie 14, section II du *Règlement sur le cannabis*.

Je déclare que je respecterai la limite du nombre maximal de plantes de cannabis en production qui sera indiquée sur le document destiné à la personne désignée.

J'atteste que les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts et complets.

**Note :** En signant la section 12, vous attesterz toutes les déclarations de la section 12 à compter de la date inscrite avec la signature. Toute information fausse ou trompeuse soumise dans le cadre de cette demande pourrait résulter dans le refus ou la révocation de l'inscription.

Signature de la personne désignée :

Nom de la personne désignée en lettres moulées :

Date de la signature (aaaa-mm-jj) :

## Important

Veuillez vous assurer d'avoir signé et daté toutes les déclarations qui s'appliquent à vous. La présentation d'une demande incomplète peut entraîner le retour de la demande.

Conformément à l'article 308 du *Règlement sur le cannabis*, nous pourrions vous demander des informations supplémentaires (p. ex. une preuve d'adresse ou d'identité) que nous jugeons nécessaire pour le traitement de votre demande.

Envoyez tous les documents dans la même enveloppe à :

Santé Canada

Programme d'accès au cannabis à des fins médicales

Indice de l'adresse : 5002A

Ottawa, ON K1A 0K9

Veuillez conserver une photocopie du formulaire de demande rempli pour vos dossiers.

Si vous avez des questions concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec Santé Canada.

Par téléphone au 1-866-337-7705 (numéro sans frais)

Par courriel à [cannabis@hc-sc.gc.ca](mailto:cannabis@hc-sc.gc.ca)