



Inscription auprès de Santé Canada Inscription pour la possession seulement

Ce formulaire s'adresse aux personnes présentant une demande d'inscription pour possession seulement en vertu du Règlement sur le cannabis

Ne compléter cette demande que si :

- ✓ vous êtes autorisé par un praticien de la santé à consommer du cannabis à des fins médicales.
- ✓ votre quantité quotidienne autorisée pourrait vous amener à posséder plus de 30 g de cannabis séché (ou l'équivalent sous forme non séchée) en public.
- ✓ vous avez l'intention d'acheter du cannabis **uniquement** auprès d'un détaillant provincial ou territorial agréé ou d'une plateforme de vente en ligne autorisée.

Vous n'avez pas besoin de soumettre une demande pour ce type d'inscription si:

- ✗ vous avez l'intention de vous inscrire auprès d'un titulaire de [licence fédérale](#) (anciennement producteur autorisé) pour obtenir votre cannabis à des fins médicales.
- ✗ vous êtes inscrit ou avez l'intention de vous inscrire auprès de Santé Canada afin de produire une quantité limitée de cannabis pour vos propres besoins médicaux.
- ✗ vous êtes inscrit ou avez l'intention de vous inscrire auprès de Santé Canada afin de désigner quelqu'un pour produire une quantité limitée de cannabis à vos fins médicales.

Une Inscription pour possession seulement vous permettra de **posséder** en public plus de 30 g de cannabis à des fins médicales (ou l'équivalent de 30 g sous forme non séchée) acheté légalement. Cette inscription ne vous permettra pas de produire votre propre cannabis au-delà des quatre plants autorisés par domicile. Si vous avez l'intention de produire une quantité limitée de cannabis pour vos propres besoins médicaux ou de désigner quelqu'un pour le faire en votre nom, veuillez télécharger le formulaire de demande pour:

- « [Production à des fins médicales personnelles](#) » ou « [Production de cannabis à des fins médicales par une personne désignée](#) »

Liste de vérification

Une demande dûment complétée inclut :

- 1 la **version originale** de votre document médical
- 2 ce formulaire d'inscription

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 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](#), accessible en ligne à infosource.gc.ca. 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 613-946-3179 ou à l'adresse 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.

Réservé à l'usage du bureau

Date de réception

Section 1 : Type de demande**Je présente une demande de possession pour la première fois**

Je suis actuellement inscrit et j'aimerais renouveler mon inscription pour possession (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 j'ai besoin d'apporter une modification à mon inscription pour possession (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 de possession du RCM est l'identificateur personnel qu'utilise Santé Canada pour suivre votre demande de possession et votre inscription. Vous trouverez votre numéro d'inscription de possession du RCM sur votre certificat dans la section « Personne inscrite ».

Section 1A : Demande de modification d'inscription

Veuillez choisir **seulement 1** des options suivantes (s'il y a lieu) :

- 1. Je suis actuellement titulaire d'un certificat d'inscription actif et je souhaite faire un changement.** Étant donné que je ne peux détenir plus d'une inscription, si cette demande entraîne la délivrance 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.
- 2. J'ai actuellement une autre demande en cours de traitement par Santé Canada.** Je désire retirer cette demande antérieure et que cette demande de possession soit plutôt traitée.
- 3. Ne s'applique pas.** Je ne détiens présentement pas de certificat d'inscription valide pour la production personnelle et je n'ai pas d'autres demandes en cours de traitement par Santé Canada.

Description des changements proposés :

Motifs des changements proposés :

Date d'entrée en vigueur des changements :

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

Section 2 : Renseignements sur le demandeur			
Section 2A : Renseignements personnels			
Nom de famille :			
Prénom :		Deuxième prénom :	
Date de naissance		Numéro de téléphone (maison) :	Numéro de téléphone (cellulaire) :
Année	Mois	Jour	
Adresse courriel :			Numéro de télécopieur (s'il y a lieu) :
Langue officielle préférée :			
Français			
Anglais			

Section 2B : Lieu de résidence habituel du demandeur		
Pour ceux qui renouvellent leur inscription :		
Mon lieu de résidence habituel n'a pas changé par rapport à mon inscription actuelle (si sélectionné, passez à la section 2C). Si vous postulez pour la première fois, entrez votre adresse ci-dessous.		
Adresse :		Numéro d'appartement/d'unité (s'il y a lieu) :
Ville :	Province :	Code postal :
Veuillez sélectionner ce qui décrit le mieux l'adresse que vous avez fournie ci-dessus :		
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		
Dans cette section, vous devez fournir l'adresse complète de votre lieu de résidence habituel. Votre adresse complète doit comprendre les éléments suivants :		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 le numéro de lot et/ou de concession • Numéro de l'unité ou de l'appartement (s'il y a lieu) • Nom de la rue • Type de rue (par exemple : Avenue, Place, Allée) • Orientation de la rue (par exemple : S [sud], N [nord]) (s'il y a lieu) • Ville (ou municipalité) • Province • Code postal 		
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.		
Veillez noter: Les adresses de boîtes postales ne sont pas acceptées comme 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)**Pour un renouvellement seulement:**

Mon adresse postale n'a pas changé depuis mon inscription actuelle (Si sélectionné, passez à la section 3) **Si vous postulez pour la première fois, entrez votre adresse ci-dessous.**

Adresse:		Numéro d'appartement/d'unité (s'il y a lieu) :
Ville:	Province:	Code Postal:

Section 3 : Adulte responsable (s'il y a lieu)

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 « 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 compléter les 3 étapes suivantes :

- Fournir ses coordonnées à la section 3A
- Confirmer que les renseignements dans ce formulaire sont exacts et complets
- Signer les attestations énumérées à la section 6 du présent formulaire d'inscription

**Section 3A : Renseignements de l'adulte responsable
Adulte responsable (s'il y a lieu)**

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance

Année Mois Jour

Langue officielle préférée :

Français
Anglais

Section 3B : Adresse postale de l'adulte responsable

Pour les renouvellements seulement :

L'adresse postale de l'adulte responsable n'a pas changé par rapport à mon inscription actuelle. **Si vous postulez pour la première fois, inscrivez l'adresse ci-dessous.**

Adresse :		Numéro d'appartement/d'unité(s'il y a lieu) :
Ville :	Province :	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 : Déclarations et signature du demandeur (Demande présentée par le demandeur)

Si vous soumettez votre propre demande, veuillez compléter et signer la section 5. Si un adulte responsable, qui est responsable du demandeur présente la demande en son nom, la section 6 doit plutôt être remplie.

Je [nom et prénom du **demandeur**], _____, réside habituellement au Canada. Je déclare et atteste que je respecterai les limites de possession applicables et que les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts et complets.

En signant à la Section 5, vous confirmez la déclaration de la Section 5. Toute information fausse ou trompeuse soumise dans le cadre de cette demande pourrait entraîner le refus ou la révocation de votre inscription.

Nom en lettres moulées :

Signature du demandeur :

Date :

Section 6 : Déclarations et signatures de l'adulte responsable (Demande présentée par un adulte responsable)

Je [nom complet de l'**adulte responsable**], _____ responsable du demandeur identifié à la section 3A du présent formulaire de demande, soumet 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 inscrite
- d'aider à administrer le cannabis
- d'être responsable de la sécurité du cannabis à des fins médicales du demandeur

Je confirme que je prendrai des mesures raisonnables pour m'assurer que le demandeur respecte les limites de possession applicables.

Je déclare que le demandeur réside habituellement au Canada.

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

En signant la Section 6, l'adulte responsable atteste de toutes les déclarations de la Section 6. Toute information fausse ou trompeuse soumise dans le cadre de cette demande pourrait entraîner le refus ou la révocation de votre inscription.

Nom en lettres moulées :

Signature de l'adulte responsable:

Date :

Important

- Veuillez vous assurer que vous avez signé et daté toutes les déclarations applicables. 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 : 0302B
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@canada.ca.