



Inscription auprès de Santé Canada Production à des fins médicales personnelles

Remarque : Ce formulaire s'adresse aux personnes qui demandent à produire du cannabis à des fins médicales personnelles en vertu du *Règlement sur le cannabis*.

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

- désigner une personne pour produire du cannabis à des fins médicales en votre nom
- faire une demande d'inscription pour la possession seulement

Dans ces deux-cas, veuillez télécharger le formulaire de demande pour [Production de cannabis à des fins médicales par personne désignée](#) ou [Inscription pour la possession seulement](#).

Liste de vérification

Une demande dûment remplie **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)

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

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

Ne pas inclure d'argent ou de chèques.

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 de l'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. 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 personnelle pour la première fois (puis passez à la section 2)

Je suis actuellement inscrit et j'aimerais renouveler mon inscription pour une production personnelle (veuillez fournir votre numéro d'inscription du registre de cannabis médical [RCM], qui est expliqué dans la boîte d'information dans cette section, 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 une production personnelle (si sélectionné, complétez la section 1a)

Numéro d'inscription du RCM :

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

Le numéro d'inscription du RCM est l'identificateur personnel qu'utilise Santé Canada pour suivre votre demande de production et votre inscription. Vous pouvez trouver 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 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 auprès de 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 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 :*

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) :*			
Anglais Français			
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 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 9 du présent formulaire d'inscription

En tant qu'adulte responsable, vous **n'êtes pas** autorisé à produire du cannabis au nom du demandeur. Si le demandeur souhaite vous désigner pour produire en son nom, il doit remplir un formulaire différent. Pour ce faire, veuillez télécharger le formulaire [Production de cannabis à des fins médicales par une personne désignée](#).

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) :

Anglais

Français

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 : 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. Votre 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

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 2c.

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

Section 5a : Lieu de production

Je, **le demandeur**, demande à produire des plantes de cannabis (choisissez-en un) :*

à mon lieu de résidence habituel (si sélectionné, passez à la **section 7**)

à un endroit autre que mon lieu de résidence habituel ou celui du demandeur, tel qu'indiqué ci-dessous dans la **section 5a**.

Adresse (lieu de production) :

Numéro d'appartement/d'unité :

Ville :

Province/Territoire:

Code postal :

Section 6 : Propriétaires ou co-propriétaires du lieu de production

Qui possède le lieu de production où vous produirez les plantes de cannabis, indiqué dans la section 5a) ? (choisissez toutes les options qui s'applique) :*

Le demandeur est le seul propriétaire (passez à la **section 7**)

Le demandeur est un copropriétaire (tous les autres copropriétaires doivent compléter la **section 6a**)

Quelqu'un autre que le demandeur est le seul propriétaire ou un copropriétaire (compléter la **section 6a**)

Section 6a : 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/personne autorisée du lieu de production

Veuillez choisir le propriétaire de votre site de production et remplir les renseignements applicables (choisissez-en un) :

Je [nom complet du **propriétaire**]
confirme être l'unique propriétaire du lieu mentionné à la section 5 (le lieu de production proposé) et je consens à ce
que [nom complet du **demandeur**]
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 5 (le lieu de production
proposé). Je consens à ce que [nom complet du **demandeur**]
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 **demandeur**]
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^{er} 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 qui est copropriétaire de votre site de production et remplir les renseignements applicables (choisissez-en un) :

Je [nom complet du **copropriétaire**] avec un ou plusieurs copropriétaires, suis propriétaire du lieu mentionné à la section 5 (le lieu de production proposé). Je consens à ce que [nom complet du **demandeur**] 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 **demandeur**] 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^e 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 le copropriétaire de votre site de production et remplir les renseignements applicables (choisissez-en un) :

Je [nom complet du **copropriétaire**]
avec un ou plusieurs copropriétaires, suis propriétaire du lieu mentionné à la section 5 (le lieu de production
proposé). Je consens à ce que [nom complet du **demandeur**]
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 **demandeur**]
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 7 : 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 8 : Déclarations et signature du demandeur (Demande présentée par le demandeur)

Remarque : Les demandeurs qui présentent leur propre demande doivent remplir et signer la section 8. Si un adulte responsable présente la demande au nom du demandeur, la section 9 est celle devant être complétée.

Je [nom complet du **demandeur**] confirme que :

Au cours des 10 dernières années :

- je n'ai pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction de vente, de distribution ou d'exportation qui a été commise alors que j'étais autorisé à produire du cannabis en vertu de la section II, partie 14 du *Règlement sur le cannabis*;
- je n'ai pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée liée au cannabis qui a été commise pendant que j'étais autorisé à produire du cannabis en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, sauf en vertu de l'ancien *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*;
- je n'ai pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée liée au cannabis qui a été commise alors que j'étais autorisé à produire du cannabis en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, autre qu'en vertu de l'ancien *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* ou d'une injonction émise par un tribunal;
- je n'ai pas été déclaré coupable d'une infraction commise à l'étranger qui, si elle avait été commise au Canada, aurait constitué une telle infraction telle que décrite dans les trois paragraphes ci-dessus.

Je confirme que le cannabis que je produirai sera uniquement pour mes besoins médicaux personnels.

Je confirme que je veillerai à respecter la limite du nombre maximal de plantes en production indiqué sur le certificat d'inscription.

Je confirme que je respecterai les limites de possession applicables.

Je confirme que 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*.

Remarque : En signant ci-dessous, vous attestez que les informations contenues dans cette demande sont correctes et complètes concernant toutes les déclarations de la section 8. 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 la signature (aaaa-mm-jj) :

Section 9 : Déclarations et signatures de l'adulte responsable (Demande présentée par l'adulte responsable)

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

le 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 confirme que je suis responsable du demandeur. En ma qualité d'adulte responsable, je m'engage à :

- 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.

Au cours des 10 dernières années :

- le demandeur n'a pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction de vente, de distribution ou d'exportation commise alors qu'il était autorisé à produire du cannabis en vertu de la section 2, partie 14 du *Règlement sur le cannabis*;
- le demandeur n'a pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée liée au cannabis qui a été commise alors qu'il était autorisé à produire du cannabis en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, autre que l'ancien *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales*.
- le demandeur n'a pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée liée à la marihuana qui a été commise alors qu'il était autorisé à produire du cannabis en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, autre qu'en vertu de l'ancien *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* ou d'une injonction émise par un tribunal;
- le demandeur n'a pas été reconnu coupable d'une infraction commise à l'étranger qui, si elle avait été commise au Canada, aurait constitué une telle infraction telle que décrite dans les trois paragraphes ci-dessus.

Je confirme que je veillerai à ce que le demandeur respecte la limite du nombre maximal de plantes en production tel qu'il sera indiqué sur le certificat d'inscription.

Je prendrai des mesures raisonnables pour assurer que le demandeur respecte la limite de possession 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*.

Remarque : En signant ci-dessous, l'adulte responsable du demandeur atteste de toutes les déclarations faites à la section 9 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 votre inscription.

Signature de l'adulte responsable :

Nom en lettres moulées :

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

Informations importantes

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 de l'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 1-866-337-7705 (numéro sans frais)

Par courriel cannabis@hc-sc.gc.ca