Règlement sur l'accès au Cannabis à des fins médicales

Production à des fins médicales personnelles et production par une personne désignée formulaire d'inscription

Des questions
Veuillez communiquer avec le Bureau du cannabis médical :
Appeler sans frais : 1-866-337-7705
Envoyer un courriel : omc-bcm@hc-sc.gc.ca

Envoi postal

Une fois rempli et signé, votre formulaire doit être envoyé à Santé Canada à l'adresse postale suivante :

Santé Canada
Processus d'inscription
Indice de l'adresse : 0302B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

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 de production à des fins médicales personnelles et de production par une personne désignée autorisée en vertu du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.

But de la collecte des renseignements : Nous avons besoin de vos renseignements personnels pour traiter votre demande d'inscription conformément aux paragraphes 177(3) à 177(7) et 181(2) du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.

Autres utilisations ou divulgations : Vos renseignements personnels pourraient être divulgués à des entités d'application de la loi pour confirmer votre possession et production légales de cannabis. Dans certaines circonstances, vos renseignements personnels pourraient être communiqués 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 dans infosource.gc.ca.

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.

1. Type de demande

Nouvelle Renouvellement Numéro d'inscription MCR

Modification (fournir le numéro d'inscription ainsi que les renseignements et les documents suivants, selon le cas) :

Numéro d'inscription MCR :

Description du ou des changement(s) proposé(s) :

Raison(s) pour le ou les changement(s) proposé(s) :

Date à partir de laquelle le changement sera en vigueur : AAAA/MM/JJ

Veuillez remplir la Section 2 ci-dessous, et les autres sections pertinentes relativement au ou aux changement(s) proposé(s)

annexée à la présente demande se trouve une preuve du changement dans le cas d'un changement de nom de la personne enregistrée, de la personne désignée ou du particulier responsable de la personne enregistrée

2. Renseignements du demandeur

Mme Mlle M.

Nom au complet (nom de famille/prénom/autre prénom) :

Sexe : M F X (La personne ne s'identifie et ne s'associe pas avec aucun des sexes)

Date de naissance AAAA/MM/JJ

Numéro de téléphone : Maison Cellulaire

Numéro de télécopieur (s'il y a lieu) :

Adresse de courriel (s'il y a lieu) :

Langue officielle préférée : Français Anglais

Lieu de résidence habituel :

Adresse : S'il n'y a pas d'adresse postale, veuillez au lieu écrire le numéro du lot ou de la concession

Numéro d'appartement :

Ville :

Province:

Code postal :

Sélectionnez ce qui décrit le mieux l'adresse que vous avez fournie ci-dessous :

Résidence privée – Maison Résidence privée – Appartement Résidence privée – Condo

Pas une résidence privée – Hospice Pas une résidence privée – Hôpital

Si l'adresse n'est pas celle d'une résidence privée, veuillez fournir le nom de l'établissement :

Est-ce que l'adresse postale est la même que celle de votre lieu de résidence habituel?

Oui
Non *(Si non, veuillez remplir la section sur l'adresse postale ci-dessous)*

Adresse postale

Adress:		Numéro d'appartement :
Ville :	Province:	Code postal :

☐ J'ai inclus mon document médical.

3. Personne physique responsable *(cette section est facultative)*

La demande et les documents connexes peuvent être soumis par une personne qui a la responsabilité du demandeur. Si c'est le cas, la personne physique responsable doit fournir ses coordonnées dans la section 3A ci-dessous ainsi que signer et dater ce formulaire de demande.

3A. Renseignements de la personne physique responsable

○ Mme ○ Mlle ○ M.

Nom au complet (nom de famille/prénom/autre prénom) :

Sexe :
○ M ○ F ○ X (La personne ne s'identifie et ne s'associe pas avec aucun des sexes)

Numéro de téléphone

Adress de Courriel

Numéro de télécopieur :

Langue officielle préférée : ○ Français ○ Anglais

Date de naissance AAAA/MM/JJ

Adresse postale

Adresse : S'il n'y a pas d'adresse postale, veuillez au lieu écrire le numéro du lot ou de la concession		Numéro d'appartement :
Ville :	Province:	Code postal :

3B. Déclaration – Personne physique responsable

Si cette demande est soumise par la personne physique responsable à Santé Canada.

☐ *Je déclare être responsable du demandeur et je soumets cette demande en son nom.*

Signature de la personne physique responsable

Date: AAAA/MM/JJ

4. Type proposé de production d cannabis

Vous devez indiquer votre type proposé de production de cannabis en choisissant l'une des options suivantes :

○ Production à des fins personnelles – Je prévois produire mon propre cannabis. (Veuillez remplir *l'Annexe A – Annexe du formulaire d'inscription pour une production à des fins personnelles*.)

ou

○ Production par une personne désignée – Je prévois qu'une personne désignée produise du cannabis pour moi (veuillez remplir *l'Annexe B – Annexe du formulaire d'inscription pour une production par une personne désignée*).

Aurez-vous besoin de matières premières (c.-à-d. des graines) d'un producteur autorisé?

○ Oui ○ Non

Aurez-vous besoin d'un approvisionnement intérimaire d'un producteur autorisé?

○ Oui ○ Non

5. Communication de renseignements aux services canadiens de police

Afin de réduire la possibilité d'une intervention policière lorsque vous vous livrez à des activités permises en vertu de votre inscription, Santé Canada peut communiquer des renseignements limités à la police canadienne en réponse à une demande dans le cadre d'une enquête conformément à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances ou au Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.

6. Déclaration du demandeur et signature

☐ J'atteste que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et complets.

Signature du demandeur :	Nom en lettres moulées :	Date :
		AAAA/MM/JJ

Annexe A – Annexe du formulaire d'inscription pour une production à des fins personnelles

Cette annexe doit être remplie si vous avez indiqué que vous planifiez produire votre propre cannabis à la section 4 du formulaire d'inscription du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.

Si vous avez indiqué que vous planifiez avoir une personne désignée pour produire le cannabis pour vous, vous devez remplir l'annexe B; vous n'avez pas à tenir compte de l'annexe A.

A1. Site de production

Veuillez choisir l'une des options suivantes :

- ○ Je cultiverai les plants de marijuana à mon lieu de résidence habituel (l'adresse que vous avez indiquée à la section 2 du formulaire d'inscription du *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*.)

  ou

- ○ Je cultiverai les plants de marijuana à un endroit autre que mon lieu de résidence habituel.

Si vous avez sélectionné la deuxième option, veuillez fournir les renseignements suivants pour le site proposé où vous cultiverez les plants de marijuana :

Adress:		
Ville:	Province:	Code postal :

Le site de production proposé où je cultiverai mes plants de marijuana est mon lieu de résidence habituel, ou bien je suis propriétaire, en totalité ou en partie, du site: ○ Oui ○ Non

Si vous avez répondu oui, veuillez ignorer la section A2 et passer à la section A3.

A2. Consentement du propriétaire du site de production (le cas échéant)

○ Mme ○ Mlle ○ M.

Nom complet du propriétaire du site de production (nom de famille/prénom/autre prénom)

Coordonnées du propriétaire du site de production :

Adresse :	Numéro d'appartement :

Ville :	Province:	Code postal :	Numéro de téléphone

Je confirme être le seul propriétaire du site mentionné ci-dessus, qui est le site de production proposé, et je donne mon consentement à (*nom complet du demandeur*) _____

à cultiver des plants de marijuana sur cette propriété conformément au *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*.

Signature du propriétaire du site de production : _____

Date: AAAA/MM/JJ

Remarque : *Si la propriété est tenue en copropriété, veuillez fournir le nom et l'adresse de chaque propriétaire du site supplémentaire dans l'espace ci-dessous.*

Nom complet du propriétaire de la copropriété :		
Adresse :		Numéro d'appartement :
Ville :	Province:	Code postal :

Je confirme être copropriétaire du site mentionné ci-dessus, qui est le site de production proposé, et j'autorise (*nom complet du demandeur*) _____ à cultiver des plants de marijuana sur cette propriété conformément au *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*.

Signature du copropriétaire du site de production : _____

Date: AAAA/MM/JJ

A3. Zone de production

Je cultiverai des plants de marijuana (veuillez choisir une seule option) :

- ○ uniquement à l'intérieur ou
- ○ uniquement à l'extérieur ou
- ○ partiellement à l'intérieur et partiellement à l'extérieur

A4. Site d'entreposage

À quel endroit le cannabis, autre que les plants de marijuana, sera-t-il entreposé?

○ À votre lieu de résidence habituel (l'adresse qui a été fournie à la section 2 du formulaire d'inscription du *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*.)

ou

○ Sur le site de production proposé s'il est différent de votre lieu de résidence habituel (l'adresse que vous avez fournie à la section A1 de cette annexe.)

A5. Déclaration et signature du demandeur – production à des fins personnelles

☐ Je déclare que dans les dix (10) années précédentes, je n'ai pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée liée au cannabis – ou d'une infraction qui, si elle avait été commise à l'extérieur du Canada, aurait constitué une telle infraction – qui a été commise alors que j'étais autorisé à produire du cannabis en vertu de la Loi, autre que celles visées par l'ancien *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales*.

☐ Je déclare que dans les dix (10) années précédentes, je n'ai pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée liée à la marijuana – ou d'une infraction commise à l'extérieur du Canada qui, si elle avait été commise au Canada, aurait constitué une telle infraction – qui a été commise alors que j'étais autorisé à produire de la marijuana en vertu de la Loi, autre que celles visées par ce Règlement ou en vertu d'une injonction décernée par un tribunal.

☐ Si j'ai indiqué sur cette demande que je prévois cultiver des plants de marijuana uniquement à l'extérieur ou partiellement à l'extérieur et partiellement à l'intérieur, je déclare et je confirme que le terrain sur lequel le site de production est situé n'a aucune limite de terrain commune avec un terrain sur lequel se trouve une école, un terrain de jeux public, un service de garde ou un autre endroit public fréquenté essentiellement par des personnes de moins de 18 ans.

☐ Je déclare et je confirme que le cannabis sera entreposé à l'intérieur sur le site d'entreposage proposé indiqué à la section A4 de la présente annexe

☐ Je déclare que je vais respecter la limite sur la quantité de marijuana séchée maximum pouvant être entreposée ou son équivalent indiqué dans l'inscription

☐ Je déclare que je vais respecter la limite sur le nombre maximum de plants dans la production indiqué dans l'inscription

☐ Je déclare que je prendrai toutes les mesures nécessaires pour veiller à la sécurité des plants de marijuana et du cannabis

☐ J'atteste que les renseignements contenus dans le présent formulaire d'inscription de l'annexe A sont exacts et complets

_____		AAAA/MM/JJ
Signature du demandeur	Nom en lettres moulées	Date:

IMPORTANT

1-Veuillez vous assurer d'avoir signé et daté les déclarations qui attestent que les renseignements figurant sur le formulaire d'inscription et sur la présente annexe sont exacts et complets

2-Il est important de comprendre que tous les renseignements obligatoires demandés doivent être fournis pour éviter tout retard inutile

3-Nous ne pouvons traiter la demande d'inscription avant que TOUS les renseignements requis ne soient reçus

4-Veuillez conserver une photocopie du formulaire d'inscription et de l'annexe pour vos dossiers

5-Pour toute question concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec Santé Canada au numéro sans frais 1-866-337-7705

Annexe B – Annexe du formulaire d'inscription pour la production par une personne désignée

La présente annexe doit être remplie par la personne désignée proposée si le demandeur a indiqué que le cannabis sera produit par une personne désignée en vertu de la section 4 du formulaire d'inscription du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.

Si vous avez indiqué que vous prévoyez produire votre propre cannabis, vous devez remplir l'annexe A; vous n'avez pas à tenir compte de l'annexe B.

B1. Renseignements de la personne désignée

◯ Mme ◯ Mlle ◯ M

Nom au complet (nom de famille/prénom/autre prénom) :

Sexe : ◯ M ◯ F ◯ X (La personne ne s'identifie et ne s'associe pas avec aucun des sexes)

Date de naissance: AAAA/MM/JJ

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur (s'il y a lieu)

Adresse de courriel (s'il y a lieu) :

Langue officielle préférée : ◯ Français ◯ Anglais

Lieu de résidence habituel

Adress : S'il n'y a pas d'adresse postale, veuillez plutôt inscrire le numéro du lot ou de la concession

Numéro d'appartement

Ville

Province

Code postal

Est-ce que votre lieu de résidence habituel est une résidence privée? ◯ Oui ◯ Non

Si vous avez coché Non, veuillez indiquer le type et le nom de l'établissement :

Est-ce que l'adresse postale est la même que celle de votre lieu de résidence habituel?

◯ Oui ◯ *Non (Sinon, veuillez remplir la section sur l'adresse postale ci-dessous)*

Adresse postale

Adress :

Numéro d'appartement :

Ville

Province:

Code postal :

B2. Document d'un service de police

Un document délivré par un corps policier canadien attestant que, durant les dix (10) années précédant la date de la demande, vous n'avez pas :

- été reconnu coupable en tant qu'adulte pour une infraction désignée en matière de drogue, au sens de l'article 2 du *Règlement sur les stupéfiants*.
- été reconnu coupable d'une infraction désignée en matière de drogue en tant qu'adolescent devant un tribunal pour adultes, aux termes du paragraphe 2(1) de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, du chapitre Y-1des *Lois révisées du Canada* (1985), immédiatement avant que cette loi n'ait été abrogée.
- reçu, en tant qu'adolescent, une peine applicable aux adultes, aux termes du paragraphe 2(1) de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents,* pour une infraction mentionnée dans le premier point ci-dessus.

☐ L'original du document délivré par le service de police est fourni avec la présente demande.

B3. Site de production
Veuillez choisir l'une des options suivantes

◯ Je cultiverai des plants de marijuana à mon lieu de résidence habituel (l'adresse fournie dans la section B1 de la présente annexe).

◯ Je cultiverai des plants de marijuana au lieu de résidence habituel du demandeur (l'adresse fournie dans la Section 2 du Formulaire d'inscription du *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*).

◯ Je cultiverai de la marijuana à un endroit autre que mon lieu de résidence habituel et que le lieu de résidence habituel du demandeur.

Si vous avez sélectionné la troisième option, veuillez fournir les renseignements suivants pour le lieu proposé où les plants de marijuana seront cultivés ::

Adress :		
Ville:	Province:	Code postal :

L'endroit proposé pour la production est mon lieu de résidence habituel, celui du demandeur, ou un lieu dont je suis ou dont le demandeur est propriétaire, en totalité ou en partie : ◯ Oui ◯ Non

Si vous avez répondu oui, veuillez ignorer la section B4 et passer à la section B5.

B4. Consentement du propriétaire du site de production

◯ Mme ◯ Mlle ◯ M

Nom complet du propriétaire du site de production (Nom de famille/prénom/autre prénom) :

Coordonnées du propriétaire du site de production :

Adress:	Numéro d'appartement :

Ville	Province	Code postal :	Numéro de téléphone

Je confirme être l'unique propriétaire du site mentionné ci-dessus, qui est le site de production proposé, et j'autorise (*nom complet de la personne désignée*) _____ à cultiver des plants de marijuana sur cette propriété conformément au *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.* Signature du propriétaire du site de production : _____

Date: AAAA/MM/JJ

Remarque : *Si la propriété est tenue en copropriété, veuillez fournir le nom et l'adresse de chaque propriétaire supplémentaire du site dans l'espace ci-dessous.*

Nom complet du propriétaire de la copropriété :

Adress:	Numéro d'appartement :

Ville	Province	Code postal :	Numéro de téléphone

Je confirme être copropriétaire du site mentionné ci-dessus, qui est le site de production proposé, et j'autorise (*nom complet du demandeur*) _____ à cultiver des plants de marijuana sur cette propriété conformément au *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*.

Signature du copropriétaire du site de production : _____

Date: AAAA/MM/JJ

B5. Zone de production

Je cultiverai des plants de marijuana (veuillez choisir une seule option) :

◯ uniquement à l'intérieur ou, ◯ uniquement à l'extérieur ou, ◯ partiellement à l'intérieur et partiellement à l'extérieur

B6. Site d'entreposage

À quel endroit le cannabis, autre que les plants de marijuana, sera-t-il entreposé?

◯ À mon lieu de résidence habituel (l'adresse fournie à la section B1 de la présente annexe)

◯ Au lieu de production proposé (l'adresse fournie à la section B3 de la présente annexe)

B7. Communication de renseignements aux services canadiens de police

Afin de réduire la possibilité d'une intervention policière lorsque vous vous livrez à des activités permises en vertu de votre inscription, Santé Canada peut communiquer des renseignements limités à la police canadienne en réponse à une demande dans le cadre d'une enquête conformément à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances *ou au* Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.

B8. Déclaration et signature de la personne désignée

☐ Je déclare que, au cours des dix (10) années précédant cette demande, je n'ai pas été reconnu coupable, en tant qu'adulte, d'une infraction désignée en matière de drogue, au sens de l'article 2 du *Règlement sur les stupéfiants*.

☐ Je déclare que, au cours des dix (10) années précédant cette demande, 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 en matière de drogue.

☐ Je déclare que, au cours des dix (10) années précédant la date de cette demande, je n'ai pas été reconnu coupable d'infraction désignée en matière de drogue en tant qu'adolescent devant un tribunal pour adultes, aux termes du paragraphe 2(1) de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, du chapitre Y-1 des *Lois révisées du Canada* (1985), immédiatement avant que cette loi n'ait été abrogée.

☐ Je déclare que, au cours des dix (10) années précédant la date de cette demande, je n'ai pas reçu, en tant qu'adolescent, une peine applicable aux adultes, aux termes du paragraphe 2(1) de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents,* pour une infraction désignée en matière de drogue.

☐ Je déclare que, au cours des dix (10) années précédant la date de cette demande, je n'ai pas commis d'infraction à l'extérieur du Canada alors que j'étais âgé d'au moins 14 ans, mais de moins de 18 ans, qui, si elle avait été commise au Canada, aurait constitué une infraction désignée en matière de drogue et aurait entraîné une peine d'une durée plus longue que la peine maximale pour un adolescent, qui aurait été imposée conformément à la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* pour une telle infraction.

☐ Si, dans la présente demande, j'ai indiqué prévoir cultiver des plants de marijuana entièrement à l'extérieur, ou partiellement à l'intérieur et partiellement à l'extérieur, je déclare et je confirme que le terrain sur lequel le site de production est situé n'a aucune limite de terrain commune avec un terrain sur lequel se trouve une école, un terrain de jeux public, un service de garde ou un autre endroit public fréquenté essentiellement par des personnes de moins de 18 ans.

☐ Je déclare et je confirme que le cannabis sera entreposé à l'intérieur sur le site d'entreposage proposé indiqué dans la section B6 de la présente annexe.

☐ Je déclare que je vais respecter la limite sur la quantité maximum de marijuana séchée pouvant être entreposée ou son équivalent indiqué dans l'inscription.

☐ Je déclare que je vais respecter la limite sur le nombre maximum de plants dans la production indiqué dans l'inscription.

☐ Je déclare que je prendrai toutes les mesures nécessaires afin de veiller à la sécurité des plants de marijuana et du cannabis.

☐ J'atteste que les renseignements contenus dans le présent formulaire d'inscription de l'annexe B sont exacts et complets.

_____		AAAA/MM/JJ
Signature de la personne désignée	Nom en lettres moulées :	Date:

IMPORTANT

1 -Veuillez vous assurer d'avoir signé et daté les déclarations qui attestent que les renseignements figurant sur la présente annexe B sont exacts et complets

2 - Il est important de comprendre que tous les renseignements obligatoires demandés doivent être fournis pour éviter tout retard inutile

3 - Nous ne pouvons traiter la demande d'inscription avant que TOUS les renseignements requis ne soient reçus

4 - Veuillez conserver une photocopie du formulaire de la présente annexe B pour vos dossiers

5 - Pour toute question concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec Santé Canada au numéro sans frais 1-866-337-7705