



DEMANDE DE LICENCE VISANT UN PRÉCURSEUR DE CATÉGORIE A

(available in English)

1. NOM DU DEMANDEUR

(ou, s'il s'agit d'une personne morale, sa dénomination sociale, tout autre nom enregistré dans une province et tout autre nom commercial sous lequel le demandeur a l'intention d'exercer les activités établies dans la licence ou par lequel il prévoit s'identifier)

Nom	
Autres noms	

2. NUMÉRO DE LICENCE (Il s'agit du numéro de la licence à renouveler) _____

3. LANGUE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉE

Comm. orale : anglais français Comm. écrite : anglais français

4. SITE VISÉ PAR LA LICENCE

4A. Si le demandeur prévoit exercer les activités visées par la licence à **plus d'un site**, il doit présenter une **demande distincte** pour chaque site. S'il y a lieu, le demandeur doit indiquer le numéro de la licence d'établissement délivrée en vertu de l'article C.01A.008 du *Règlement sur les aliments et drogues* ou le numéro de la licence d'exploitation délivrée en vertu des articles 29 ou 36 du *Règlement sur les produits de santé naturels*.

Site visé par la licence			
Adresse municipale			
Ville		Province	
Code postal		Courriel	
N° de téléphone		N° de télécopieur	
N° de la licence d'établissement ou d'exploitation			

6. LISTE DES PRÉCURSEURS DE CATÉGORIE A ET DES ACTIVITÉS VISÉES PAR LA DEMANDE DE LICENCE

6A. Information sur le précurseur de catégorie A

L'information présentée précédemment pour cette section demeure la même.

Indiquez le nom de chaque précurseur visé par la demande de licence; pour chaque précurseur, précisez l'activité visée par la demande de licence. S'il y a lieu, indiquez le numéro d'identification d'un médicaments en vertu de l'article C.01.014.2 du *Règlement sur les aliments et drogues* ou le numéro d'identification du produit assigné en vertu de l'article 8 du *Règlement sur les produits de santé naturels*.

Modification ou renouvellement de licence

Dans le cas d'une modification ou d'un renouvellement de licence, si le distributeur autorisé souhaite ajouter ou supprimer un précurseur ou une activité, veuillez remplir le tableau ci-dessous. Dans le cas d'une suppression d'un précurseur, seul le nom du précurseur tel qu'il est indiqué sur la licence est nécessaire.

	Nom du précurseur (nom du sel, s'il y a lieu)	Activité(s) liée(s) au précurseur (s'il y a lieu)	Nom(s) de la(des) préparation(s) et du(des) mélange(s) et marque(s) nominative(s), s'il y a lieu	Numéro d'identification d'un médicaments ou numéro d'identification du produit, s'il y a lieu
Ajout <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fabrication <input type="checkbox"/> Emballage <input type="checkbox"/> Fourniture ou vente <input type="checkbox"/> Importation <input type="checkbox"/> Exportation		
Ajout <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fabrication <input type="checkbox"/> Emballage <input type="checkbox"/> Fourniture ou vente <input type="checkbox"/> Importation <input type="checkbox"/> Exportation		
Ajout <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fabrication <input type="checkbox"/> Emballage <input type="checkbox"/> Fourniture ou vente <input type="checkbox"/> Importation <input type="checkbox"/> Exportation		
Ajout <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fabrication <input type="checkbox"/> Emballage <input type="checkbox"/> Fourniture ou vente <input type="checkbox"/> Importation <input type="checkbox"/> Exportation		
Ajout <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fabrication <input type="checkbox"/> Emballage <input type="checkbox"/> Fourniture ou vente <input type="checkbox"/> Importation <input type="checkbox"/> Exportation		
Ajout <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fabrication <input type="checkbox"/> Emballage <input type="checkbox"/> Fourniture ou vente <input type="checkbox"/> Importation <input type="checkbox"/> Exportation		

Remarque : Veuillez joindre des feuilles supplémentaires, au besoin.

6B. Fournisseurs et clients

Veillez joindre le nom des fournisseurs qui vous fourniront le précurseur et énumérez le type de clients à qui vous prévoyez fournir le précurseur.

Nom du précurseur (nom du sel, s'il y a lieu)	Nom du ou des fournisseurs (s'il y a lieu)	Type de clients

Remarque : Veillez joindre des feuilles supplémentaires, au besoin.

7. PERSONNEL DÉSIGNÉ

Une **vérification du casier judiciaire** doit être effectuée pour les personnes suivantes lors d'une demande pour une nouvelle licence et lors du renouvellement d'une licence (même si le personnel demeure le même).

7A. RESPONSABLE PRINCIPAL (RP)

Nom de famille (marital et de jeune fille)	Prénom	Autres prénoms
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Titre du poste
N° de téléphone :	N° de télécopieur :	
Courriel		

Vérification du casier judiciaire

Option 1: Joindre le certificat **original** de vérification du casier judiciaire émanant d'un service de police canadien et, si la personne a habité un pays autre que le Canada au cours des dix dernières années, joindre un document de vérification du casier judiciaire émanant d'un service de police de ce pays.

Option 2: Remplir la section 7D pour autoriser Santé Canada à faire une vérification du casier judiciaire par la GRC.

7B. PERSONNE RESPONSABLE (PR)

Nom de famille (marital et de jeune fille)	Prénom	Autres prénoms
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Titre du poste
N° de téléphone :	N° de télécopieur :	
Courriel		

Vérification du casier judiciaire

Option 1: Joindre le certificat **original** de vérification du casier judiciaire émanant d'un service de police canadien et, si la personne a habité un pays autre que le Canada au cours des dix dernières années, joindre un document de vérification du casier judiciaire émanant d'un service de police de ce pays.

Option 2: Remplir la section 7D pour autoriser Santé Canada à faire une vérification du casier judiciaire par la GRC.

7C. PERSONNE RESPONSABLE SUPPLÉANTE (PRS), S'IL Y A LIEU

Nom de famille (marital et de jeune fille)	Prénom	Autres prénoms
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Titre du poste
N° de téléphone :		N° de télécopieur :
Courriel		

Vérification du casier judiciaire

Option 1: Joindre le certificat **original** de vérification du casier judiciaire émanant d'un service de police canadien et, si la personne a habité un pays autre que le Canada au cours des dix dernières années, joindre un document de vérification du casier judiciaire émanant d'un service de police de ce pays.

Option 2: Remplir la section 7D pour autoriser Santé Canada à faire une vérification du casier judiciaire par la GRC.

Remarque : Si plus d'une personne responsable suppléante est proposée, veuillez fournir les renseignements nécessaires sur une feuille séparée.

7D. CONSENTEMENT À LA VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE

Si l'une des personnes énumérées à la section 7(A),(B) ou (C) a choisi l'option 2 indiquant son consentement à avoir une vérification policière effectuée par la GRC par l'entremise de Santé Canada relativement à une infraction criminelle ou une infraction désignée en matière de drogue, elle doit apposer sa signature dans les espaces appropriés ci-dessous.

Signature(s)			Catégorie de renseignements dont la divulgation est autorisée
RP	PR	PRS-1	
			<p>Renseignements trouvés dans le Fichier d'identité judiciaire du Centre d'information de la police canadienne (CIPC) et portant sur les condamnations au criminel pour lesquelles la personne n'a pas été réhabilitée.</p> <p>Je consens à fournir tous les renseignements nécessaires à la vérification de mon casier judiciaire et à me soumettre à toutes les techniques d'identification* requises à cette fin.</p> <p>Je consens à payer les frais fixés par la GRC, en vertu du <i>Règlement sur le prix à payer pour la vérification de casiers judiciaires à des fins civiles.</i></p>

* **Si les données obtenues ne sont pas concluantes, par exemple si la vérification de l'identité du demandeur ne permet pas de confirmer celle-ci, des empreintes digitales devront être prises.**

Remarque : Si plus d'une PRS est proposée, veuillez fournir les renseignements nécessaires sur une photocopie de cette page.

8. MESURES DE SÉCURITÉ PROPOSÉES

L'information présentée précédemment pour cette section demeure la même. □

Veillez joindre une description détaillée des mesures de sécurité que vous entendez prendre au site et lors de l'expédition, du transport ou de la livraison des précurseurs, y compris une description du registre d'accès et de la méthode utilisée pour contrôler l'accès au précurseur.

Description des mesures de sécurité

Remarque : Veuillez joindre des feuilles supplémentaires, au besoin.

9. MESURES DE CONTRÔLE INTERNE

L'information présentée précédemment pour cette section demeure la même. □

Veillez joindre une description détaillée des mesures de contrôle interne que vous entendez appliquer sur le site pour les activités visant les précurseurs de catégorie A, y compris l'information concernant la tenue des documents, des dossiers et des livres. De plus, décrivez le système qui sera utilisé pour présenter vos rapports annuels et décrivez les procédures qui seront en place pour les déclarations d'utilisation finale (s'il y a lieu), la consignation des transactions douteuses et le signalement de la perte et du vol des précurseurs.

Description des mesures de contrôle interne

Remarque : Veuillez joindre des feuilles supplémentaires, au besoin.

10. DÉCLARATION(S)

Je certifie que je n'ai pas, en tant qu'adulte, au cours des dix dernières années, été reconnu(e) coupable d'une infraction désignée en matière de drogue ou en matière criminelle au Canada ou d'une infraction commise dans un pays à l'étranger qui, si elle avait été commise au Canada, aurait constitué une infraction désignée en matière de drogue ou en matière criminelle.

Je certifie posséder une connaissance suffisante des dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* touchant la licence, et posséder une connaissance suffisante de l'utilisation et de la manipulation des précurseurs de catégorie A visés par la licence, y compris du risque de détournement vers un marché ou un usage illégal.

10A. Nom du responsable principal (RP) : _____

Signature : _____ **Date (AAAA/MM/JJ) :** ____ / ____ / ____

10B. Nom de la personne responsable (PR) : _____

Signature : _____ **Date (AAAA/MM/JJ) :** ____ / ____ / ____

10C. Nom de la personne responsable suppléante (PRS) : _____

Signature : _____ **Date (AAAA/MM/JJ) :** ____ / ____ / ____

Nota : Si plus d'une PRS est proposée, veuillez fournir les renseignements nécessaires sur une photocopie de cette page.

11. ATTESTATION

Je certifie qu'à ma connaissance les renseignements et les documents fournis à l'appui de la demande sont exacts, complets et conformes aux articles pertinents de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS)* et au *Règlement sur les précurseurs*.

Je certifie que j'ai le pouvoir d'obliger le demandeur.

Nom du principal responsable (PR) : _____

Signature : _____ **Date (AAAA/MM/JJ) :** ____ / ____ / ____

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES DEMANDES DE LICENCE VISANT UN PRÉCURSEUR DE CATÉGORIE A

Cette liste vous permettra de vérifier que vous avez fourni tous les renseignements requis et que votre formulaire de demande est bien rempli.

- Section 4 : Les renseignements sont fournis pour chaque site, y compris le numéro de la licence d'établissement ou d'exploitation, s'il y a lieu. (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 5 : Une description de la nature de vos activités est fournie; vous avez également indiqué depuis combien de temps vous êtes en affaires. (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 6A : Le nom de la préparation, sa marque nominative, et l'identification numérique attribuée à la drogue ou le numéro d'identification du produit s'il y a lieu, sont inclus.
- Section 6B : Les noms des fournisseurs et les types de clients pour tous les précurseurs sont inclus. (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Sections 7A à 7C : Pour chacun des membres du personnel désigné, on a choisi l'option 1 ou l'option 2. (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 7D : Chaque membre du personnel désigné a apposé sa signature dans les cases appropriées, lorsqu'on a choisi l'option 2 à la section 7A, 7B ou 7C. (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 8 : Les renseignements à fournir relativement aux registres d'accès et aux méthodes employées pour contrôler l'accès aux précurseurs ou en assurer la sécurité sur place et pendant le transport sont inclus. (Articles 85, 83 et 9 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 9 : Les renseignements à fournir relativement aux dossiers et aux livres, à la tenue des documents, aux déclarations d'utilisation finale, aux signalements de perte ou de vol et aux procédures d'établissement de rapports annuels sont inclus. (Articles 85, 90 et 87 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 10A : Porte la signature du responsable principal (RP). (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 10B : Porte la signature de la personne responsable (PR). (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 10C : Porte la signature de la personne responsable suppléante (PRS), le cas échéant. (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Section 11 : Porte la signature du responsable principal (RP). (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Une copie du certificat de constitution en société, ou tout document déposé auprès de la province indiquant la dénomination sociale du demandeur et tout autre nom enregistré dans une province, le cas échéant, accompagne la demande. (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)
- Les certificats **originaux** de vérification du casier judiciaire sont joints à la demande, le cas échéant. (Article 14 du *Règlement sur les précurseurs*)

Veillez retourner le formulaire rempli accompagné de tous les documents requis à l'adresse suivante :

**Section des précurseurs chimiques
Bureau des substances contrôlées
Santé Canada
IA 0300B
Ottawa ON K1A 0K9**