



# DEMANDE D'ASILE AU CANADA

## IMPORTANT

Écrivez clairement à l'aide d'un stylo. Si vous avez besoin d'aide, veuillez consulter le guide d'instructions.

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° d'ID du client (y compris les ID multiples)			N° du bureau		
Taille	Couleur des yeux	Poids	Cas d'aéroport <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> UARV <input type="checkbox"/> CNER <input type="checkbox"/> ECDS		
Caractéristiques particulières (tatouages, cicatrices, etc.)			Date et lieu d'entrée au Canada		
			Date	Jour	Mois
Le demandeur voyageait-il au sein d'un groupe? Si oui, indiquez le nom de l'organisation ou de la personne organisant le voyage : _____			S'agit-il d'un cas où il y a responsabilité de la société de transport? Si oui, indiquez le code approprié :		
et le nombre de personnes au sein du groupe : _____			Langue officielle : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		
Besoin d'un interprète? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Si oui, quelle langue : _____					

### IDENTITÉ

1 Nom de famille		2 Prénom(s)	
3 Autres noms déjà ou actuellement utilisés (surnom, nom de jeune fille, etc.)		4 S'il y a lieu, inscrire votre nom en utilisant l'alphabet de votre langue maternelle	
5 Date de naissance Jour    Mois    Année	6 Lieu de naissance Ville/Village    Pays	7 Lieu où la naissance a été enregistrée Ville/Village    Pays	
8 Citoyenneté(s) (si apatride, veuillez indiquer le pays de résidence habituelle antérieur)			
9 Dernier pays de résidence permanente		10 Durée du séjour au Canada <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire	
11 Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	12 État matrimonial <input type="checkbox"/> Jamais marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Mariage annulé <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)		

### ADRESSE AU CANADA

13 Adresse résidentielle N° et rue		N° d'app.	
Ville/Village		Province	Code postal
Numéros de téléphone		Ind. rég.    N°	
Domicile ( )		Autre ( )	
14 Êtes-vous hébergé(e) chez une personne? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, veuillez indiquer son nom, son numéro de téléphone et la nature de votre relation avec elle.	
Nom		Ind. rég.    N°	Relation
N° de téléphone ( )			
15 Adresse postale (si différente de l'adresse résidentielle) N° et rue		N° d'app.	
Ville/Village		Province	Code postal

N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**MEMBRES DE LA FAMILLE**

16 Énumérez les membres suivants de votre famille :

- Époux actuel, y compris le conjoint de fait ou le partenaire de même sexe.
- Enfants, y compris les enfants nés hors du mariage et les enfants adoptés.

	ÉPOUX/CONJOINT DE FAIT/ CONJOINT DE MÊME SEXE	ENFANT	ENFANT
Nom de famille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
État matrimonial (utilisez l'une des catégories de la question 12)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input style="width: 100px; font-size: small; text-align: center;" type="text"/> Jour Mois Année	<input style="width: 100px; font-size: small; text-align: center;" type="text"/> Jour Mois Année	<input style="width: 100px; font-size: small; text-align: center;" type="text"/> Jour Mois Année
Ville/Village de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Citoyenneté(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dernier pays de résidence permanente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Présente ou a présenté une demande d'asile au Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vit au Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous accompagnez au Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Décédé(e)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Inclus sur ce formulaire	<input type="checkbox"/> Inclus sur ce formulaire
Réservé à l'administration (ID)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	ENFANT	ENFANT	ENFANT
Nom de famille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
État matrimonial (utilisez l'une des catégories de la question 12)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input style="width: 100px; font-size: small; text-align: center;" type="text"/> Jour Mois Année	<input style="width: 100px; font-size: small; text-align: center;" type="text"/> Jour Mois Année	<input style="width: 100px; font-size: small; text-align: center;" type="text"/> Jour Mois Année
Ville/Village de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Citoyenneté(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dernier pays de résidence permanente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Présente ou a présenté une demande d'asile au Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vit au Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous accompagnez au Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Décédé(e)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Inclus sur ce formulaire	<input type="checkbox"/> Inclus sur ce formulaire	<input type="checkbox"/> Inclus sur ce formulaire
Réservé à l'administration (ID)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**PARENTS**

17 Indiquez les informations demandées pour chacun de vos parents.

	PÈRE	MÈRE												
Nom de famille	<input style="width:95%;" type="text"/>	(inclure le nom de jeune fille) <input style="width:95%;" type="text"/>												
Prénom(s)	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												
Date de naissance	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Jour</td><td style="text-align: center;">Mois</td><td style="text-align: center;">Année</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>	Jour	Mois	Année	_	_	_ _	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Jour</td><td style="text-align: center;">Mois</td><td style="text-align: center;">Année</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>	Jour	Mois	Année	_	_	_ _
Jour	Mois	Année												
_	_	_ _												
Jour	Mois	Année												
_	_	_ _												
Ville/Village de naissance	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												
Pays de naissance	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												
Date de décès (s'il y a lieu)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Jour</td><td style="text-align: center;">Mois</td><td style="text-align: center;">Année</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>	Jour	Mois	Année	_	_	_ _	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Jour</td><td style="text-align: center;">Mois</td><td style="text-align: center;">Année</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>	Jour	Mois	Année	_	_	_ _
Jour	Mois	Année												
_	_	_ _												
Jour	Mois	Année												
_	_	_ _												
Adresse	Adresse actuelle	Adresse actuelle (si différente de celle du père)												
	N° et rue	N° et rue												
	Ville/village	Ville/village												
	Province/État/District	Province/État/District												
	Pays	Pays												
Réservé à l'administration (ID)	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												

**FRÈRE(S)/SOEUR(S) (question à compléter seulement pour les mineurs non accompagnés)**

18 Indiquez les informations demandées pour chacun(e) de vos frère(s) et sœur(s)

	FRÈRE/SOEUR	FRÈRE/SOEUR												
Nom de famille	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												
Prénom(s)	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												
Date de naissance	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Jour</td><td style="text-align: center;">Mois</td><td style="text-align: center;">Année</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>	Jour	Mois	Année	_	_	_ _	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Jour</td><td style="text-align: center;">Mois</td><td style="text-align: center;">Année</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>	Jour	Mois	Année	_	_	_ _
Jour	Mois	Année												
_	_	_ _												
Jour	Mois	Année												
_	_	_ _												
Adresse actuelle	N° et rue	N° et rue												
	Ville/village	Ville/village												
	Province/État/District	Province/État/District												
	Pays	Pays												
Réservé à l'administration (ID)	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												

	FRÈRE/SOEUR	FRÈRE/SOEUR												
Nom de famille	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												
Prénom(s)	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												
Date de naissance	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Jour</td><td style="text-align: center;">Mois</td><td style="text-align: center;">Année</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>	Jour	Mois	Année	_	_	_ _	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Jour</td><td style="text-align: center;">Mois</td><td style="text-align: center;">Année</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>	Jour	Mois	Année	_	_	_ _
Jour	Mois	Année												
_	_	_ _												
Jour	Mois	Année												
_	_	_ _												
Adresse actuelle	N° et rue	N° et rue												
	Ville/village	Ville/village												
	Province/État/District	Province/État/District												
	Pays	Pays												
Réservé à l'administration (ID)	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>												

N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**DOCUMENTS D'IDENTITÉ**

**19** Dressez la liste de tous les documents d'identité que **vous** possédez ou que **vous** avez utilisés pour voyager jusqu'au Canada.

Type de document et numéro	Nom dans le document	Pays qui a délivré le document/ Pays/ville où a été délivré le document	Date de délivrance J M A	En votre possession?		Utilisé pour vous rendre au Canada?		Est-ce un document authentique?	
				OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:
		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:
		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:
		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:

**DOCUMENTS D'IDENTITÉ**

**20** Dressez la liste de tous les documents d'identité que **vos enfants mineurs qui vous accompagnent** ont en leur possession ou qu'ils ont utilisés pour voyager jusqu'au Canada.

Nom du mineur qui vous accompagne et type de document et numéro	Nom dans le document	Pays qui a délivré le document/ Pays/ville où a été délivré le document	Date de délivrance J M A	En votre possession?		Utilisé pour vous rendre au Canada?		Est-ce un document authentique?	
				OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Nom du mineur qui vous accompagne		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type de document et numéro		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:
Nom du mineur qui vous accompagne		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type de document et numéro		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:
Nom du mineur qui vous accompagne		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type de document et numéro		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:
Nom du mineur qui vous accompagne		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type de document et numéro		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:
Nom du mineur qui vous accompagne		Pays qui a délivré le document		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type de document et numéro		Pays/ville où a été délivré le document							CODE:

N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**VOYAGE AU CANADA**

**21** Indiquez votre itinéraire précis vers le Canada, à partir de votre pays de citoyenneté, votre dernier pays de résidence permanente ou votre ancien pays de résidence habituelle jusqu'à votre arrivée au Canada.

Date de départ J M A	Ville, pays	Mode de transport	Détails	Date d'arrivée J M A	Ville, pays

**22** Indiquez le nom, la citoyenneté, les caractéristiques particulières, l'adresse et le numéro de téléphone des personnes ayant facilité votre déplacement au Canada (agents de voyage, consultants en immigration, etc.) et indiquez le type d'aide fournie et le montant payé.

Nom, citoyenneté et caractéristiques particulières (tatouages, cicatrices, etc.)	Adresse et numéro(s) de téléphone	Type d'aide fournie	Montant payé

**ÉDUCATION**

**23** Énumérez toutes vos formations académiques et/ou programmes de formation post secondaire, en commençant par le plus récent. Pour chacun, indiquez si vous avez reçu un certificat ou un diplôme.

Dates DE À		Nom de l'établissement	Ville, pays	Domaine d'études	Certificat ou diplôme obtenu
Mois Année	Mois Année				

N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (ÉDUCATION)**

Dates		Nom de l'établissement	Ville, pays	Domaine d'études	Certificat ou diplôme obtenu
DE	À				
Mois	Année	Mois	Année		

**EMPLOIS**

**24** Énumérez tous les emplois occupés durant les **10** dernières années, **en commençant par le plus récent.**

- Incluez les emplois à temps plein, à temps partiel, les emplois temporaires et le travail autonome.
- Incluez tout autre emploi du temps, par exemple, les périodes de chômage, les périodes d'études, les voyages, les séjours dans un établissement hospitalier ou carcéral, ou encore le temps passé à la maison comme personne au foyer.
- **N'omettez aucune période de temps au cours des 10 dernières années.**

Dates		Nom de l'employeur	Ville, pays	Emploi
DE	À			
Mois	Année	Mois	Année	

**ADRESSES**

**25** Indiquez toutes les adresses où vous avez vécu au cours des 10 dernières années, en commençant par votre adresse actuelle au Canada.

- N'oubliez pas d'indiquer la rue, le village ou la ville, la province ou la région et le pays. En l'absence de numéro, indiquez clairement où se trouvait le logis, la maison ou l'immeuble.
- **N'omettez aucune période au cours des 10 dernières années.**

Dates		N° et rue	Ville/Village (ou municipalité la plus proche)	Province/État/District	Pays
DE	À				
Mois	Année	Mois	Année		

N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (ADRESSES)**

Dates		N° et rue	Ville/Village (ou municipalité la plus proche)	Province/État/District	Pays
DE	À				
Mois	Année	Mois	Année		
_	_ _ _	_	_ _ _		
_	_ _ _	_	_ _ _		
_	_ _ _	_	_ _ _		
_	_ _ _	_	_ _ _		
_	_ _ _	_	_ _ _		

**ADHÉSION À DES ORGANISATIONS**

**26** Avez-vous déjà été membre ou partisan d'une organisation?  Oui  Non

Si oui, indiquez toute organisation dont vous êtes ou avez été membre, que vous appuyez ou avez appuyée ou avec laquelle vous avez ou avez eu des liens, y compris toute organisation politique, sociale, religieuse, syndicale, professionnelle, étudiante ou de jeunes.

Dates		Nom de l'organisation	Adresse de l'organisation	Type d'organisation	Activités ou postes occupés
DE	À				
Mois	Année	Mois	Année		
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _		
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _		
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _		
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _		
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _		
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _		

**POSTES OCCUPÉS AU GOUVERNEMENT**

**27** Avez-vous déjà occupé un poste au gouvernement (fonctionnaire, juge, agent de police, etc.)?  Oui  Non

Si oui, énumérez chaque poste au gouvernement que vous avez occupé.

Dates		Niveau de gouvernement (national, provincial, régional, municipal, etc.)	Ministère/Direction générale	Activités ou postes occupés
DE	À			
Mois	Année	Mois	Année	
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
_	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	

N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**SERVICE MILITAIRE**

**28** Est-ce que vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant avez effectué un service ou un entraînement militaire ou paramilitaire?  Oui  Non

Si oui, est-ce que votre service ou entraînement militaire ou paramilitaire était obligatoire?  Oui  Non

Dates		Qui a effectué le service militaire ou paramilitaire (s'il s'agit d'un mineur qui vous accompagne, indiquez son nom)		Grade(s)	Date(s) et lieu(x) de tout combat actif	Numéro(s) des unités et nom(s) de votre (vos) commandant(s)	
DE	À	VOUS	Mineur qui vous accompagne NOM			OUI	NON
Mois Année	Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mois Année	Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mois Année	Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mois Année	Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mois Année	Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**DEMANDE(S) D'ASILE PRÉCÉDENTE(S)**

**29** Est-ce que vous ou l'un des membres de votre famille avez déjà présenté une demande d'asile :

A. Au Canada ou dans un bureau canadien des visas à l'étranger?  OUI  NON

B. Auprès d'un autre pays?  OUI  NON

C. Auprès du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)?  OUI  NON


















Si oui, complétez ce qui suit :

Date	Qui a demandé l'asile? (si membre de la famille, indiquez son nom)		Pays où la demande a été présentée	Le statut de réfugié a-t-il été obtenu?	
Jour Mois Année	VOUS	Personne à charge NOM		OUI	NON
Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**RENSEIGNEMENTS DE BASE**

<b>30</b>	Combien d'argent avez-vous en votre possession?  _____		
<b>31</b>	Êtes-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant en mesure de payer pour des soins de santé?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>32</b>	Avez-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant des problèmes de santé?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>33</b>	Avez-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant déjà présenté une demande de visa de résident permanent (immigrant) ou temporaire (visiteur, travailleur, étudiant) pour le Canada ou un autre pays?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>34</b>	Vous êtes-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant déjà vu refuser un visa de résident permanent (immigrant) ou temporaire (visiteur) pour le Canada ou un autre pays?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>35</b>	Vous êtes-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant déjà vu refuser l'entrée au Canada ou dans un autre pays, ou vu imposer une mesure de renvoi par le Canada ou un autre pays?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>36</b>	Avez-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant :		
	A. déjà commis un crime ou une infraction au Canada ou dans un autre pays?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	B. déjà été accusé d'un crime ou d'une infraction au Canada ou dans un autre pays?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C. déjà été déclaré coupable d'un crime ou d'une infraction au Canada ou dans un autre pays?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>37</b>	Avez-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant déjà fait l'objet :		
	A. de recherches par la police, l'armée ou toute autre autorité?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	B. d'une arrestation par la police, l'armée ou toute autre autorité?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C. d'une mise en détention par la police, l'armée ou toute autre autorité?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>38</b>	Avez-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant déjà pris part à des activités criminelles impliquant la traversée de la frontière d'au moins un pays (passage de clandestins, traite de personnes, trafic de drogues, etc.)?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>39</b>	Avez-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant déjà participé à :		
	A. un génocide (actes commis dans l'intention de détruire un groupe)?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	B. un crime de guerre (mauvais traitement des civils en territoire occupé, torture, exécution de prisonniers de guerre, etc.)?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C. un crime contre l'humanité (meurtre, extermination, esclavage, déportation, emprisonnement, torture, violence sexuelle, persécution ou autre fait inhumain commis contre une population civile)?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>40</b>	Avez-vous ou vos enfants mineurs vous accompagnant déjà eu recours, planifié ou encouragé le recours à la lutte armée ou à la violence (attentats, prise d'otages, etc.) pour atteindre des objectifs politiques, religieux ou idéologiques?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**IMPORTANT:** Pour toute question à laquelle vous avez répondu « oui » veuillez fournir des précisions.

N° de la question	Explications

N° d'ID du client	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

**DEMANDE D'ASILE**

**41** Dans quel(s) pays craignez-vous d'être persécuté(e)?

---

**42** Par qui craignez-vous d'être persécuté(e) si vous retournez dans ce(s) pays?

---

**43** Pourquoi demandez-vous l'asile au Canada?  
 Veuillez répondre en quelques mots. Vous pourrez expliquer tous les faits relatifs à votre demande d'asile dans un formulaire à l'intention de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada.

---



---



---



---



---

**DÉCLARATION D'UN TIERS**

Est-ce qu'une personne vous a aidé à remplir le formulaire? Si oui, celle-ci doit signer la déclaration suivante.

Je, (écrire clairement le nom au complet) \_\_\_\_\_, déclare solennellement avoir aidé la personne concernée à remplir avec exactitude le présent formulaire. Cette dernière m'a affirmé, et je crois, qu'elle comprend parfaitement la nature et l'objet de ce formulaire, et je fais cette déclaration solennelle la croyant en conscience vraie et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle avait été faite sous serment.

**JE SUIS** ►  ONG  Avocat(e)  Consultant(e)  Ami(e)  Autre (préciser) ► \_\_\_\_\_

**Adresse**  
 N° et rue \_\_\_\_\_ N° d'app. \_\_\_\_\_

Ville/Village \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature

Jour	Mois	Année

\_\_\_\_\_  
 Date

**IMPORTANT**  
 LA SECTION CI-DESSOUS DOIT ÊTRE SIGNÉE EN PRÉSENCE D'UN REPRÉSENTANT DU GOUVERNEMENT DU CANADA.

**VOTRE DÉCLARATION**

Je, (écrire clairement le nom au complet) \_\_\_\_\_, déclare solennellement que les renseignements que j'ai donnés dans la présente demande sont véridiques, complets et exacts, et je fais cette déclaration solennelle la croyant en conscience vraie et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle avait été faite sous serment.

Je reconnais que toute fausse déclaration de ma part ou dissimulation d'un fait important pourra entraîner mon exclusion du Canada, me rendre passible de poursuites ou entraîner mon renvoi du Canada.

Je déclare avoir compris tous les éléments du présent formulaire, ayant, au besoin, demandé et obtenu une explication sur chacun des points que je ne comprenais pas bien.

Je signalerai sans tarder à Citoyenneté et Immigration Canada et/ou à l'Agence des services frontaliers du Canada tout changement concernant les renseignements ou les réponses fournis dans ce formulaire.

\_\_\_\_\_  
 Signature du demandeur

Déclaré devant moi à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Année

\_\_\_\_\_  
 Signature du représentant du gouvernement du Canada

Les renseignements que vous fournissez dans le présent document sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR) pour déterminer votre admissibilité et la recevabilité de votre demande d'asile au Canada selon les critères de la LIPR. Les renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels CIC PPU 009 intitulé Revendication du statut de réfugié au Canada. Les renseignements peuvent être communiqués à d'autres organisations comme le Service canadien du renseignement de sécurité (SCRS), l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR) selon les stipulations de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (LPRP) dans le but d'évaluer l'admissibilité du demandeur au Canada et la recevabilité de sa demande d'asile. Ils sont protégés et accessibles en vertu de la LPRP et la *Loi sur l'accès à l'information*. Les instructions sur les moyens d'obtenir des renseignements sont publiées dans **InfoSource**, dont vous pouvez obtenir un exemplaire dans tous les bureaux de Citoyenneté et Immigration Canada.