



# INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Type de demande :  Visiteur  Travailleur  Étudiant  Autre

Donnez **TOUS** les noms en français et dans votre langue maternelle (c'est-à-dire en caractères arabes, cyrilliques, chinois, code commercial/télégraphique chinois, coréens ou japonais). Incluez **TOUS** les membres de la famille même s'ils ne vous accompagnent pas. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour répondre aux questions d'une section, faites un nombre suffisant de photocopies de la section, puis incluez cette feuille avec votre demande.

**AVANT DE COMMENCER, LISEZ LE GUIDE DE LA DEMANDE. REMPLIR À L'ÉCRAN ou écrire clairement en LETTRES MOULÉES, à l'encre noire.**

## SECTION A

Nom complet	Lien de parenté VOIR NOTE 1	Date de naissance	Situation familiale	Adresse actuelle (si décédé, donnez la ville et la date)	Vous accompagnera au Canada? OUI NON
		A M J Pays de naissance		Profession actuelle	
	DEMANDEUR	_____			
	ÉPOUX OU CONJOINT DE FAIT	_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	MÈRE	_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PÈRE	_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**NOTE 1 : Si vous n'avez pas d'époux ou de conjoint de fait, lisez la déclaration suivante et signez-la.**

Je déclare que je n'ai pas d'époux ou de conjoint de fait.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : 

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____

## SECTION B ENFANTS (Donnez les noms de TOUS vos fils et de TOUTES vos filles, y compris les noms de TOUS les enfants adoptés, les beaux-fils et les belles-filles, peu importe leur âge et leur lieu de résidence.)

Nom complet	Lien de parenté VOIR NOTE 2	Date de naissance	Situation familiale	Adresse actuelle (si décédé, donnez la ville et la date)	Vous accompagnera au Canada? OUI NON
		A M J Pays de naissance		Profession actuelle	
		_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**NOTE 2 : Si vous n'avez pas d'enfants, lisez la déclaration suivante et signez-la.**

Je déclare que je n'ai pas d'enfants naturels ou adoptés.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : 

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____

**SECTION C FRÈRES ET SOEURS (Incluez TOUS les frères et soeurs y compris TOUS les demis-frères et les demis-soeurs)**

Nom complet	Lien de parenté	Date de naissance	Situation familiale	Adresse actuelle (si décédé, donnez la ville et la date)	Vous accompagnera au Canada?																					
		A M J Pays de naissance		Profession actuelle	OUI	NON																				
		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION D DÉCLARATION**

Je déclare que les renseignements fournis dans ce document sont complets, précis et conformes aux faits. Je comprends également que ce document, une fois rempli et signé, fait partie de mon dossier d'immigration et qu'il servira à vérifier les informations sur ma famille pour toute demande ultérieure.

► Signature : \_\_\_\_\_ Date : 

Année	Mois	Jour

Les renseignements fournis sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* pour établir si vous êtes admissible au Canada à titre de résident temporaire. Ils seront versés au fichier de renseignements personnels CIC PPU 055, Fichier des visiteurs. Ils sont protégés et accessibles en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur l'accès à l'information*.