



RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

1. RENSEIGNEMENTS SUR MOI-MÊME

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
----------------	--------	-----------------	------------------------	---	--

2. ENFANT(S) (S'il y a plus de quatre enfants, veuillez joindre une page supplémentaire)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	Province/Territoire/État de résidence (6 derniers mois)	Sexe de l'enfant <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
1.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'INTIMÉ(E) (l'autre personne)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
ALIAS / AUTRES NOMS UTILISÉS		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		PERSONNE AVEC QUI VIT L'INTIMÉ(E) (conjoint(e), union libre, ou autre partenaire)	
AUTRES NUMÉROS D'IDENTIFICATION				NOM DE JEUNE FILLE DE LA MÈRE DE L'INTIMÉ(E)	
ADRESSE ACTUELLE OU DERNIÈRE ADRESSE CONNUE (RUE ET NUMÉRO)			VILLE	L'ADRESSE DE L'INTIMÉ(E) EST : <input type="checkbox"/> ACTUELLE, ou <input type="checkbox"/> AU (date) :	
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT		PAYS	CODE POSTAL	INDICATIF RÉGIONAL ET TÉLÉPHONE – DOMICILE	
<input type="checkbox"/> EMPLOYEUR ACTUEL OU <input type="checkbox"/> DERNIER EMPLOYEUR CONNU			EMPLOI HABITUEL (COMPREND AFFILIATION SYNDICALE ET SECTION LOCALE, ASSOCIATION DE MÉTIER OU PROFESSIONNELLE)		
ADRESSE AU TRAVAIL (RUE ET NUMÉRO)			VILLE	INDICATIF RÉGIONAL ET TÉLÉPHONE – TRAVAIL	
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT		PAYS	CODE POSTAL	INDICATIF RÉGIONAL ET TÉLÉC. – TRAVAIL	

4. DESCRIPTION DE L'INTIMÉ(E)

TAILLE	POIDS	COULEUR DES YEUX	COULEUR DES CHEVEUX	COULEUR DE LA PEAU	PORTE DES LUNETTES? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N VERRES DE CONTACT? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	LIEU DE NAISSANCE
CARACTÉRISTIQUES OU MARQUES DISTINCTES ET VISIBLES (TATOUAGES, GRAINS DE BEAUTÉ, CICATRICES, ETC.)						
AMIS ET/OU PARENTS QUI SAVENT OÙ JOINDRE L'INTIMÉ(E)						
NOM	LIEN	ADRESSE	VILLE	PROV/TERR./ÉTAT	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
1.						
2.						
3.						

LA PHOTOGRAPHIE DE L'INTIMÉ(E) N'EST PAS JOINTE OU EST JOINTE. ANNÉE DE LA PHOTO : _____.

J'ai un dossier au Bureau des obligations familiales, numéro _____.

Autre dossier de prov./territoire/ état n° : _____

J'ai joint ce document à ma demande d'ordonnance alimentaire/demande de modification d'ordonnance alimentaire/défense et ce document fait partie de la preuve dans cette demande/défense.

Signature