



DEMANDE DE VISA VISITEUR CANADA

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.

1 IUC	2 *Je veux être servi(e) en	3 *Visa demandé	réserve Validé
--------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------

DONNÉES PERSONNELLES

1 Nom complet				
*Nom de famille (tel qu'indiqué sur votre passeport ou document de voyage)			Prénom(s) (tel qu'indiqué sur votre passeport ou votre titre de voyage)	
2 Avez-vous déjà utilisé un autre nom (pseudonyme, nom de jeune fille, alias, etc.)? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				
Nom de famille			Prénom(s)	
3 *Sexe	4 Date de naissance	5 Lieu de naissance		
	*AAAA *MM *JJ	*Ville/Village	*Pays	
6 *Citoyenneté				
7 Pays de résidence actuelle:				
Pays	Statut	Autre	De	À
			AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ
8 Pays de résidence(s) antérieure(s) : Au cours des cinq dernières années, avez-vous vécu dans un pays autre que celui de votre citoyenneté ou de votre résidence actuelle (indiqué ci-dessus) pendant plus de six mois? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				
Pays	Statut	Autre	De	À
			AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ
			AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ
9 Pays où vous effectuez la demande : Même que votre pays de résidence actuel? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				
Pays	Statut	Autre	De	À
			AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ
10 *a) État matrimonial actuel		b) (Si vous êtes mariés ou vivez en union de fait) Fournissez la date à laquelle vous vous êtes mariés ou avez commencé à vivre en union de fait. ▶		Date
				AAAA-MM-JJ
c) Fournissez le nom de votre époux(se)/conjoint(e) de fait actuel(le)				
Nom de famille			Prénom(s)	

ESPACE RÉSERVÉ - USAGE DE BUREAU SEULEMENT

Nom du demandeur	Date of birth
------------------	---------------

DONNÉES PERSONNELLES (SUITE)

11 a) Avez-vous déjà été marié ou en union de fait? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
b) Fournissez les détails suivants sur votre époux(se)/conjoint(e) de fait précédent(e) :			
Nom de famille		Prénom(s)	
c) Date de naissance		d) Genre de lien de parenté	
AAAA	MM	JJ	
De		À	
AAAA-MM-JJ		AAAA-MM-JJ	

LANGUE(S)

1 *a) Langue maternelle	*b) Pouvez-vous communiquer en français, en anglais, ou dans les deux langues?	c) Dans quelle langue êtes-vous le plus à l'aise?
d) Avez-vous fait évaluer votre compétence en français ou en anglais par un organisme d'évaluation approuvé? <input type="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/> * Oui		

PASSEPORT

1 *Numéro du passeport	2 *Pays de délivrance	3 *Date de délivrance	4 *Date d'expiration
		AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ

COORDONNÉES

Si vous présentez votre demande par la poste:

- Toute correspondance sera envoyée à cette adresse, sauf si vous fournissez une adresse électronique ci-dessous.
- En indiquant une adresse électronique, vous autorisez que toute correspondance, y compris vos renseignements personnels, soit envoyée à cette adresse électronique.
- Si vous désirez autoriser la transmission de renseignements concernant votre dossier à un représentant, indiquez ses adresses électronique et postale ci-dessous et sur le formulaire IMM5476.

1 Adresse postale actuelle						
Case postale	No d'app/unité	Numéro de rue	*Nom de rue			
*Ville/Village	*Pays		Province/État	Code postal	District	
2 Adresse du domicile Identique à l'adresse postale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui						
No d'app/unité	Numéro de rue	Nom de rue			Ville/Village	
Pays			Province/État	Code postal	District	
3 Numéro de téléphone <input type="checkbox"/> Canada/États-Unis <input type="checkbox"/> Autre				4 Autre numéro de téléphone <input type="checkbox"/> Canada/États-Unis <input type="checkbox"/> Autre		
Type	Indicatif de pays	No.	Poste	Type	Indicatif	No.
5 Numéro de télécopieur <input type="checkbox"/> Canada/États-Unis <input type="checkbox"/> Autre				6 Adresse électronique		
Indicatif de pays	No.	Poste				

DÉTAILS SUR LA VISITE AU CANADA

1 *a) Objet de la visite		*b) Autre	
2 Indiquer pour combien de temps vous planifiez rester		*De	*À
		AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ
3 *Fonds disponibles pour mon séjour (SCAD)			
4 Nom, adresse et lien de parenté de toute(s) personne (s) ou institution(s) que je visiterai:			
*Nom			
1 Lien de parenté		*Adresse au Canada	

Nom du demandeur	Date of birth
------------------	---------------

DÉTAILS SUR LA VISITE AU CANADA (SUITE)

2	Nom	
	Lien de parenté	Adresse au Canada

SCOLARITÉ

Avez-vous reçu une éducation postsecondaire (y compris l'université, le collège ou une formation en apprentissage)? Non Oui

Si vous avez répondu "oui", veuillez fournir tous les détails sur vos études postsecondaires les plus récentes.

1	De	Domaine d'études	École/Nom de l'établissement	
	AAAA MM			
	À	Ville/Village	Pays	Province/État
	AAAA MM			

EMPLOI

Fournir des détails sur les emplois que vous avez occupés au cours des 10 dernières années, y compris si vous avez occupé des postes gouvernementaux (par exemple fonctionnaire, juge, agent de police, maire, député, administrateur d'hôpital, employé d'une agence de sécurité). Ne pas laisser de lacunes. Si vous êtes à la retraite, sans travail ou non aux études, veuillez l'indiquer. Dans le cas des retraités, veuillez fournir des détails sur les 10 années précédant votre retraite.

1	De	*Activité/Profession actuelle	*Entreprise/Employeur/Nom de l'établissement	
	*AAAA *MM			
	À	*Ville/Village	*Pays	Province/État
	AAAA MM			
2	De	Activité/Profession antérieure	Entreprise/Employeur/Nom de l'établissement	
	AAAA MM			
	À	Ville/Village	Pays	Province/État
	AAAA MM			
3	De	Activité/Profession antérieure	Entreprise/Employeur/Nom de l'établissement	
	AAAA MM			
	À	Ville/Village	Pays	Province/État
	AAAA MM			

ANTÉCÉDENTS

Si vous avez 18 ans et plus vous devez remplir cette section.

1	a) Au cours des deux dernières années, avez-vous, ou un membre de votre famille, eu la tuberculose ou été en contact étroit avec une personne qui a la tuberculose?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	b) Avez-vous un trouble physique ou mental qui nécessiterait des services sociaux et /ou des soins de santé autres que des médicaments, durant votre séjour au Canada?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	c) Si vous avez répondu 'oui' à la question 1a) ou 1b), veuillez fournir les détails et le nom du membre de la famille (s'il y a lieu).		

ANTÉCÉDENTS (SUITE)

2	a) Êtes-vous resté au Canada après l'expiration de votre statut, avez fréquenté l'école sans permis d'études au Canada, avez travaillé sans permis de travail au Canada?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	b) Vous a-t-on déjà refusé un visa ou un permis, interdit l'entrée ou demandé de quitter le Canada ou tout autre pays?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	c) Avez-vous déjà fait une demande pour entrer ou demeurer au Canada?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	d) Si vous avez répondu "oui" à la question 2a), 2b), ou 2C veuillez fournir des détails.		