



TO The Director, CCRTIS  
RCMP HQ, NPS Bldg.  
1200 Vanier Parkway  
Ottawa ON K1A 0R2

A Le directeur des Services canadiens  
d'identification criminelle en temps réel  
DG de la GRC, imm. des SNP  
1200, promenade Vanier  
Ottawa ON K1A 0R2

FOR IDENTIFICATION PURPOSES ONLY - AUX FINS DE L'IDENTIFICATION SEULEMENT		
TCN	AFIS - SAID	
<b>BAR CODE - CODE À BARRES</b>		

	Thumb - Pouce	Index	Middle - Médius	Ring - Annulaire	Little - Auriculaire
R I G H T					
D R O I T					
L E F T					
G A U C H E					

IF ANY FINGERPRINT IS NOT RECORDED, GIVE REASON - IF AMPUTATED, DEFORMED OR INJURED, GIVE DATE  
S'IL MANQUE UNE EMPREINTE, INDIQUER POURQUOI - EN CAS D'AMPUTATION, DE DÉFORMATION OU DE BLESSURE, DONNER LA DATE  
**FOUR FINGERS TAKEN TOGETHER - IMPRESSION SIMULTANÉE DES QUATRE DOIGTS**

	LEFT THUMB POUCE GAUCHE	RIGHT THUMB POUCE DROIT	
--	----------------------------	----------------------------	--

Signature of person fingerprinted Signature de la personne dactyloscopiée	Official taking fingerprints Préposé aux empreintes	Date Fingerprinted - Date de prélèvement des empreintes Y - A M D - J
--	--	---

PERSON FINGERPRINTED - PERSONNE DACTYLOSCOPIÉE			
Surname - Nom de famille	Given Name 1 - Prénom 1	Given Name 2 - Prénom 2	Other Given Names - Autres prénoms

Maiden name, former surname(s) - Nom de jeune fille, nom(s) de famille antérieur(s)

Date of Birth - Date de naiss. Y - A M D - J	Sex - Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Telephone No - N° de téléphone	Language of Result - Langue des résultats <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français
---	---	--------------------------------	--

Apartment/Unit No. - Street Address - N° d'app./d'unité - adresse municipale	City - Ville	Province	Postal code - Code postal
--	--------------	----------	---------------------------

Reason for application (MUST BE COMPLETED) - Raison de la demande (DOIT ÊTRE REMPLI)

<input type="checkbox"/> Visa/Waiver Visa/Dispense	<input type="checkbox"/> Pardon Application Demande de réhabilitation	<input type="checkbox"/> Employment (specify) Emploi (préciser) _____
<input type="checkbox"/> Canadian Citizenship Citoyenneté canadienne	<input type="checkbox"/> Adoption	<input type="checkbox"/> Volunteer (specify) Bénévolat (préciser) _____
<input type="checkbox"/> Immigration to Canada (LIS) Immigration au Canada (SIR)	<input type="checkbox"/> Privacy Act Loi sur la protection des renseignements personnels	<input type="checkbox"/> Other (specify) Autre (préciser) _____

Reference Number - Numéro de référence	<input type="checkbox"/> Vulnerable Sector (attach consent Form) Secteur vulnérable (joindre la formule de consentement)
--	---

Fingerprinting Agency / Department Service ou organisme prenant les empreintes	Return Result to (Name and Address of Authorized Agency) Envoyer les résultats à (nom et adresse de l'organisme autorisé)
---	--