

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

FINGERPRINT IDENTIFICATION

IDENTIFICATION DACTYLOSCOPIQUE

FOR IDENTIFICATION PURPOSES ONLY - AUX FINS DE L'IDENTIFICATION SEULEMENT

TCN - NCT	AFIS - SAID	BAR CODE - BARRE-CODE
-----------	-------------	-----------------------

Thumb - Pouce	Index	Middle - Médius	Ring - Annulaire	Little - Auriculaire

--	--	--	--	--

RIGHT
DROIT

LEFT
GAUCHE

Signature of person fingerprinted Signature de la personne dactyloscopiée	Signature of official taking fingerprints Signature du préposé aux empreintes	Date Fingerprinted Date d'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	Gender - Genre <input type="checkbox"/> Male Homme <input type="checkbox"/> Female Femme	Telephone No - N°de téléphone	Language of Result - Langue des résultats
---	---	-------------------------------	---

Apartment / Unit # - Street Address - No 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/désistement <input type="checkbox"/> Canadian Citizenship Citoyenneté canadienne <input type="checkbox"/> Immigration to Canada (LIS) Immigration au Canada (SIR)	<input type="checkbox"/> Pardon Application Demande de réhabilitation <input type="checkbox"/> Adoption Adoption <input type="checkbox"/> Privacy Act Loi sur la protection des renseignements personnels	<input type="checkbox"/> Employment (specify) Emploi (préciser) _____ <input type="checkbox"/> Volunteer (specify) Bénévolat (préciser) _____ <input type="checkbox"/> Other (specify) Autre (préciser) _____

Reference Number - Numéro de référence	<input type="checkbox"/> Vulnerable Sector (attach consent Form) Secteur sensible (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 agréé)
---	---

NOTE: The provisions of the Code of Fair Information Practices established by sections 4 to 8 of the Privacy Act apply. This information is retained in PIB CMP/PU-030.

NOTA: Les dispositions du Code de pratiques équitables en matière des renseignements établies par les articles 4 à 8 de la Loi sur la protection des renseignements personnels s'appliquent. Ces renseignements sont conservés dans le FRP GRC/P-PU-030.