

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 |
| | | | | |

R
I
G
H
T
H
A
N
D

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

L
E
F
T
H
A
N
D

| | | |
|--|--|--|
| 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"/> Pardon Application Demande de réhabilitation | <input type="checkbox"/> Employment (specify) Emploi (préciser) _____ |
| <input type="checkbox"/> Canadian Citizenship Citoyenneté canadienne | <input type="checkbox"/> Adoption 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 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) |
|---|---|