

# Formule B

## 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 (au cours des 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 (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
PSEUDONYMES / AUTRES NOMS UTILISÉS		NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE		PERSONNE AVEC QUI VIT L'INTIMÉ (époux, épouse, conjoint de fait ou autre partenaire)	
AUTRES NUMÉROS D'IDENTIFICATION				NOM DE JEUNE FILLE DE LA MÈRE DE L'INTIMÉ	
ADRESSE ACTUELLE OU DERNIÈRE ADRESSE CONNUE (RUE ET NUMÉRO)			VILLE	L'INTIMÉ : <input type="checkbox"/> RÉSIDE ACTUELLEMENT À CETTE ADRESSE <input type="checkbox"/> Y RÉSIDAIT LE (date)	
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT		PAYS	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE À DOMICILE (inclure l'indicatif régional)	
<input type="checkbox"/> EMPLOYEUR ACTUEL OU <input type="checkbox"/> DERNIER EMPLOYEUR CONNU			MÉTIER HABITUEL (LE CAS ÉCHÉANT, INSCRIRE À QUELS SYNDICAT, SECTION LOCALE OU ASSOCIATION PROFESSIONNELLE L'INTIMÉ APPARTIENT)		
ADRESSE AU TRAVAIL (RUE ET NUMÉRO)			VILLE	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL (inclure l'indicatif régional)	
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT		PAYS	CODE POSTAL	TÉLÉCOPIEUR AU TRAVAIL (inclure l'indicatif régional)	

### 4. DESCRIPTION DE L'INTIMÉ

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

LA PHOTOGRAPHIE DE L'INTIMÉ  N'EST PAS JOINTE OU  EST JOINTE; ELLE A ÉTÉ PRISE AU COURS DE L'ANNÉE \_\_\_\_\_.

Mon numéro de dossier d'exécution des ordonnances alimentaires, le cas échéant :

Au Yukon (PEOA) – Dossier n° \_\_\_\_\_ Autre province/ territoire/ État – Dossier n° \_\_\_\_\_

Je joins le présent document à ma demande alimentaire/demande de modification d'ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés au soutien de cette demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur ou requérant

Yukon, Canada - Janvier 2006