



DEMANDE DE VÉRIFICATION DES DOSSIERS DE POLICE

Organisme ou employeur

NUMÉRO DE RÉFÉRENCE : 1998-038

1008 038

INSTRUCTIONS

1. Veuillez remplir et signer ce formulaire et le remettre, en personne, à l'organisme ou à l'employeur.
2. L'organisme ou l'employeur ainsi que le Service de police de la Ville de Montréal s'engagent à traiter confidentiellement ce document et son contenu.
3. Veuillez allouer environ 6 semaines pour le traitement de la demande.

SECTION 1		IDENTIFICATION DU CANDIDAT			
Nom de famille	Nom à la naissance (si différent)	Téléphone			
Prénom(s)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance aaaa mm jj	Téléphone		
Adresse actuelle Numéro civique	Rue	Ville	Code postal		
Lieu de naissance (Ville)	Province / État	Pays			
Antécédents judiciaires : Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle ou êtes-vous sous le coup d'une accusation criminelle					
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez :					
ADRESSES PRÉCÉDENTES (5 dernières années)					
No civique	Rue	Ville	De (aa) (mm)	À (aa) (mm)	
SECTION 2		IDENTIFICATION DE L'ORGANISME OU DE L'EMPLOYEUR			
Nom de l'organisme ou de l'employeur ASSOCIATION DE SOCCER DE PIERREFONDS					
Adresse Numéro civique	Rue	Téléphone			
4600	DES CAGEUX	(514) 696-2505			
Ville		Code postal	Télécopieur		
PIERREFONDS		H9J 3R4	(514) 624-1182		
SECTION 3		VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU CANDIDAT			
<i>À COMPLÉTER PAR LE RESPONSABLE AUTORISÉ DE L'ORGANISME OU DE L'EMPLOYEUR</i>					
J'atteste avoir vérifié l'identité du candidat au moyen des documents suivants (deux au minimum) :					
<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie	<input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté	<input type="checkbox"/> Autre, précisez		
NUMÉRO	NUMÉRO	NUMÉRO	NUMÉRO		
Nom et prénom de la personne autorisée par le protocole d'entente, qui a procédé à la vérification de l'identité du candidat				Téléphone	
Signature				Date de signature (aa-mm-jj)	