



PRIMACANADA

Clinique médicale d'immigration - Une division de CMIPQ

1665 Sainte-Catherine West, 3rd floor, Montreal, QC, H3H 1L9 - 514 931-0801
Metro Guy-Concordia



1- Proof of identity with date of birth such as:
Passport, local driving license OR national
identification paper stamped by Canadian customs

**RAPPORT MÉDICAL
SOMMAIRE ET DONNÉES BIOMÉTRIQUES DU CLIENT**

PROFITEZ VOS VOYAGES!
Obligatoire pour tous les clients. Doit être pris dans les six mois précédant l'examen médical.

INFORMATION DU CLIENT	
Nom de famille	Prénoms
Sexe (M/F)	Sexe (M/F)
Date de naissance	Date de naissance
Adresse	Adresse
Adresse courriel	Numéro de téléphone
DETAILS IMMIGRATION	
Type d'immigré	N° d'immigré
Kit	
Demandeur	
CLASSIFICATION DE L'EXAMEN MÉDICAL RÉGLEMENTAIRE	
<input type="checkbox"/> Absence de constatations significatives à l'histoire et/ou examen.	<input type="checkbox"/> Présence de constatations significatives à l'histoire et/ou examen.
Commentaires:	
DECLARATION DU MÉDECIN DÉSIGNÉ	
Document d'identité valide (passport/permis d'identité nécessaire) est?	Avez-vous des préoccupations quant à l'identité?
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si OUI, veuillez fournir les détails:	
Je déclare que cet examen médical réglementaire et ce compte rendu sont vérifiées et exacts.	
Nom du médecin désigné	Signature du médecin désigné
N° du médecin désigné	Date de soumission de l'IMR

IMR 1017 (01/2012) CANADA

2- Form IMM 1017 (Medical report).

CANADA 00000 000 000
D480000319

DOCUMENT DU DEMANDEUR D'ASILE
LE PRÉSENT DOCUMENT ATTESTE QUE LA PERSONNE NOMMÉE EST UN DEMANDEUR D'ASILE
AU SENS DE LA LOI SUR L'IMMIGRATION ET LA PROTECTION DES RÉFUGIÉS

Demandeur: L18000043
SUC: 8000117

INFORMATION DU CLIENT	
Nom de famille	SAMER-LEDDOCUMENT
Prénoms	EXAMILE
Date de naissance	1982/01/01
Sexe	M
Pays de naissance	ALGERIE
Citoyen de	FRANCE
Date d'expiration	2015/12/04

DECLARATION DU DEMANDEUR D'ASILE
En vertu du paragraphe 101(1) de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, je demande d'être admis à titre de réfugié, de demandeur d'asile ou de personne en situation de vulnérabilité. Je déclare que les renseignements que j'ai fournis sont exacts et complets. Je déclare également que je ne suis pas un membre d'une organisation terroriste ou d'une organisation qui vise à nuire à la sécurité nationale du Canada. Je déclare également que je ne suis pas un membre d'une organisation qui vise à nuire à la sécurité nationale du Canada. Je déclare également que je ne suis pas un membre d'une organisation qui vise à nuire à la sécurité nationale du Canada.

Signature du demandeur d'asile: [Signature] Date: [Date]

Signature du médecin désigné: [Signature] Date: [Date]

NON VALIDE POUR VOYAGER

3- Asylum seeker document (Brown paper).