



APPLICATION FOR A TEMPORARY RESIDENT VISA MADE OUTSIDE OF CANADA DEMANDE DE VISA DE RÉSIDENT TEMPORAIRE PRÉSENTÉE À L'EXTERIEUR DU CANADA

I want service in: English French
Je veux être servi(e) en : Anglais Français

File - Référence

1 Single entry visa(s) requested
Visa(s) pour un seul séjour demandé(s) Multiple entry visa(s) requested
Visa(s) pour entrées multiples demandé(s) Transit visa(s) requested
Visa(s) de transit demandé(s)

| 2 | APPLICANT REQUÉRANT | SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER AND CHILDREN CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT ET ENFANTS | | |
|---|--------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Family name Nom de famille | | | | |
| First name Prénom | | | | |
| Second name Autre prénom | | | | |
| Relationship Lien de parenté | SELF LUI-MÊME | | | |
| Sex Sexe | | | | |
| Date of birth Date de naissance | D - J M Y - A | D - J M Y - A | D - J M Y - A | D - J M Y - A |
| Place of birth Lieu de naissance | | | | |
| Citizenship Citoyenneté | | | | |
| Passport no. N° de passeport | | | | |
| Passport expiry date Date d'expiration du passeport | D - J M Y - A | D - J M Y - A | D - J M Y - A | D - J M Y - A |
| Marital status État matrimonial | | | | |
| Will accompany you to Canada? Vous accompagnera au Canada? | | <input type="checkbox"/> Yes Oui | <input type="checkbox"/> No Non | <input type="checkbox"/> Yes Oui |
| | | <input type="checkbox"/> No Non | <input type="checkbox"/> Yes Oui | <input type="checkbox"/> No Non |

3 The purpose of my visit to Canada is - Objet de ma visite au Canada

Tourism Business Other (Provide details below)
Tourisme Affaires Autre (Précisez ci-dessous)

4 Indicate how long you plan to stay in Canada
Veuillez indiquer pour combien de temps vous planifiez de rester au Canada

From **5** D - J M Y - A To **6** D - J M Y - A
De À

5 Funds available for my stay in Canada
Je dispose, pour mon séjour au Canada, de

CDN \$
\$ CAN

6 My current mailing address. All correspondence will go to this address unless you indicate your e-mail address below, thereby authorizing correspondence, including file and personal information, be provided to the specified e-mail address. If you wish to authorize the release of information from your case file to a representative, indicate their address below and on the form IMM 5476.
Mon adresse postale actuelle. Toute la correspondance sera envoyée à cette adresse, sauf si vous fournissez une adresse de courriel, auquel cas la correspondance autorisée, y compris vos renseignements personnels, sera envoyée à cette adresse de courriel. Si vous désirez autoriser la transmission de renseignements concernant votre dossier à un représentant, indiquez son adresse ci-dessous et sur le formulaire IMM 5476.

7 My residential address (if different from your mailing address)
Mon adresse personnelle (si elle est différente de votre adresse postale)

E-mail **8** Courriel **9** Telephone number **10** Numéro de téléphone **11** Fax number **12** Numéro de télécopieur

**DO NOT WRITE IN THIS SPACE
ESPACE RÉSERVÉ**

Officer - Agent



| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 8 | a) Immigration status of applicant(s) in country where applying: Statut par rapport à l'immigration du (des) requérant(s) dans le pays où la demande est présentée <input type="checkbox"/> Citizen / Citoyen <input type="checkbox"/> Permanent resident / Résident permanent <input type="checkbox"/> Temporary Resident / Résident Temporaire <input type="checkbox"/> Worker / Travailleur <input type="checkbox"/> Student / Étudiant <input type="checkbox"/> | b) Valid until / Valable jusqu'au <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>J</td><td>M</td><td>Y</td><td>A</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | D | J | M | Y | A | | | | | | | | | | |
| D | J | M | Y | A | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | My present job (Give the job title and a brief description of your position) Ma profession actuelle (Indiquer le titre de votre emploi et une brève description du poste) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Name and address of my present employer or school Nom et adresse de mon employeur actuel ou de l'établissement d'enseignement | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Name, address and relationship of any person(s) or institution I will visit are Nom, adresse et lien de parenté de toute personne à qui je rendrai visite ou nom et adresse de tout établissement que je visiterai <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Name - Nom</td> <td style="width:33%;">Address in Canada - Adresse au Canada</td> <td style="width:33%;">Relationship to me - Lien de parenté</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | Name - Nom | Address in Canada - Adresse au Canada | Relationship to me - Lien de parenté | | | | | | | | | | | | |
| Name - Nom | Address in Canada - Adresse au Canada | Relationship to me - Lien de parenté | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | "X" THE APPROPRIATE BOX INSCRIRE « X » DANS LA CASE APPROPRIÉE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | a) Within the past two years, have you or a family member had tuberculosis of the lung or been in close contact with a person with tuberculosis of the lung? Au cours des deux dernières années, avez-vous eu, vous ou un des membres de votre famille, la tuberculose pulmonaire ou été en contact avec une personne qui a la tuberculose pulmonaire? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | b) Do you or an accompanying family member have any physical or mental disorder for which that person will require social and/or health services, other than medication, during the stay? Avez-vous, vous ou un des membres de votre famille qui vous accompagne, un trouble physique ou mental qui nécessiterait des services sociaux et/ou des soins de santé autres que des médicaments durant le séjour? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Have you or any member of your family ever: Est-ce que vous-même ou tout membre de votre famille : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | c) Committed, been arrested or charged with any criminal offence in any country? Avez-vous commis, ou avez-vous été arrêté pour avoir commis ou accusé d'avoir commis une infraction pénale quelconque dans n'importe quel pays? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | d) Been refused admission to, or ordered to leave Canada? Vous a-t-on jamais refusé l'admission au Canada, ou enjoint de quitter le Canada? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | e) Applied for any Canadian Immigration visas (e.g. Permanent Resident, Student, Worker, Temporary Resident (visitor), Temporary Resident Permit)? Avez-vous demandé un visa canadien auparavant? (par exemple, un visa de résident permanent, d'étudiant, de travailleur, de résident temporaire [visiteur] ou un permis de séjour temporaire)? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | f) Been refused a visa to travel to Canada? Vous a-t-on jamais refusé un visa pour le Canada? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | g) In periods of either peace or war, have you ever been involved in the commission of a war crime or crime against humanity, such as: willful killing, torture, attacks upon, enslavement, starvation or other inhumane acts committed against civilians or prisoners of war; or deportation of civilians? En période de paix ou de guerre, avez-vous déjà participé à la commission d'un crime de guerre ou d'un crime contre l'humanité, c'est-à-dire de tout acte inhumain commis contre des populations civiles ou des prisonniers de guerre, par exemple, l'assassinat, la torture, l'agression, la réduction en esclavage ou la privation de nourriture, etc., ou encore participé à la déportation de civils? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | If you answer "yes" to any of the questions c) to g) above, you must provide details in the box below marked "Related information". Si vous répondez « oui » à l'une ou plusieurs des questions c) à g) ci-dessus, vous devez fournir des détails dans cette case « Détails ». | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Related information - Détails | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | During the past five years have you or any family member accompanying you lived in any other country than your country of citizenship or permanent residence for more than six months? Au cours des cinq dernières années, avez-vous ou n'importe quel membre de votre famille vous accompagnant a-t-il vécu dans un autre pays que votre pays de citoyenneté ou de résidence permanente pendant plus de six mois? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON If answer to question 13 is "yes", list countries and length of stay Si la réponse à la case 13 est affirmative, indiquer le nom de ces pays et la durée du séjour | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Name Nom | Country Pays | Length of stay - Durée du séjour | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | From - De To - À | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | D - J M Y - A D - J M Y - A | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | I declare that I have answered all questions in this application fully and truthfully. Je déclare avoir donné des réponses exactes et complètes à toutes les questions de la présente demande. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | _____ Signature of applicant - Signature du requérant | <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>J</td><td>M</td><td>Y</td><td>A</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> Date | D | J | M | Y | A | | | | | | | | | | |
| D | J | M | Y | A | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

This form has been established by the Minister of Citizenship and Immigration
 Formulaire établi par le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration

The information you provide on this form is collected under the authority of the *Immigration and Refugee Protection Act* to determine if you may be admitted to Canada as a temporary resident. It will be stored in Personal Information Bank CIC PPU 051, Foreign Temporary Resident Records and Case File. It is protected and accessible under the *Privacy Act* and the *Access to Information Act*.

Les renseignements fournis sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* pour établir si vous êtes admissible au Canada à titre de résident temporaire. Ils seront versés au fichier de renseignements personnels CIC PPU 051, Dossier et fichier de résident temporaire. Ils sont protégés et accessibles en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur l'accès à l'information*.