



# DEMANDE DE RÉSIDENCE PERMANENTE AU CANADA

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

N° de réf. du bureau (ou étiquette du cas - IMM 1343)

À titre de membre de quelle catégorie faites-vous votre demande? (voir les instructions)

- Regroupement familial       Réfugiés hors Canada  
 Immigration économique      Autre

Espace réservé pour la photo du requérant

Estampille de la date de réception au bureau

Combien de membres de votre famille (dont vous-même) sont inclus dans cette demande de résidence permanente au Canada?

Votre langue de préférence :

Correspondance :  Anglais       Français

Entrevue :  Anglais       Français      Autre

1. **Votre nom au complet** (tel qu'indiqué dans votre passeport ou sur votre document de voyage)

Nom de famille

Prénom(s)

2. **Votre sexe**       Homme       Femme

3. **Votre date de naissance**      Jour Mois Année

4. **Votre lieu de naissance**      Ville/Village   
Pays

5. **Votre pays de citoyenneté**

6. **Votre langue maternelle**

7. **Votre grandeur**  cm OU  pi  po

8. **Couleur de vos yeux**

9. **Votre situation de famille actuelle**  
 Jamais marié(e)       Marié(e)       Veuf (Veuve)       Légalement séparé(e)  
 Mariage annulé       Divorcé(e)       Conjoint de fait

Si vous avez un époux ou un conjoint de fait, veuillez inscrire la date à laquelle a débuté le mariage ou l'union de fait      Jour Mois Année

10. **Aviez-vous déjà été marié(e) ou dans une union de fait auparavant?**

Non       Oui      ► Donnez des précisions ci-dessous pour chacun de vos époux et conjoints de fait précédents. Si vous manquez d'espace, poursuivez sur une feuille supplémentaire.

Nom de l'époux ou du conjoint de fait précédent

Date de naissance      Jour Mois Année

Type d'union       Mariage       Union de fait

Du Jour Mois Année      Au Jour Mois Année

11. **Votre connaissance du français et de l'anglais**

Pouvez-vous communiquer en français?       Oui       Non

Pouvez-vous communiquer en anglais?       Oui       Non

12. **Scolarité**

Combien d'années de formation officielle comptez-vous?

Quel est votre niveau d'études le plus élevé?

- Aucun secondaire       Baccalauréat  
 Secondaire       Maîtrise  
 Formation professionnelle       Doctorat  
 Certificat ou diplôme non universitaire

13. **Votre emploi actuel**

14. **Votre adresse postale (inclure la ville et le pays)**

15. **Votre adresse résidentielle, si différente de l'adresse postale**

16. **Vos numéros de téléphone**

	Ind. nat.	Ind. rég.	Numéro
Domicile	( )	( )	
Autre	( )	( )	

17. **Votre adresse électronique, s'il y a lieu**

18. **Détails de votre passeport**

N° de passeport   
Pays de délivrance   
Date d'expiration      Jour Mois Année

19. **Votre numéro de carte d'identité, s'il y a lieu**

20. **Où prévoyez-vous vivre au Canada?**

Ville/Village   
Province

## DÉTAILS SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE

Vous devez fournir les renseignements demandés pour chacun des membres de votre famille, qu'ils vous accompagnent au Canada ou non. **Vous devez inclure votre époux ou conjoint de fait, s'il y a lieu, et tous les enfants qui sont à votre charge et à celle de votre époux ou conjoint de fait et qui ne sont pas déjà des citoyens ou des résidents permanents du Canada.**

Si vous avez plus de trois membres de la famille, photocopiez cette page avant de la remplir ou imprimez-en des copies à partir de notre site Web à [www.cic.gc.ca](http://www.cic.gc.ca). Faites un nombre suffisant de copies pour inscrire les détails demandés sur tous les membres de votre famille.

	MEMBRE DE LA FAMILLE	MEMBRE DE LA FAMILLE	MEMBRE DE LA FAMILLE
<b>Nom de famille</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Prénom(s)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
<b>Date de naissance</b>	<input type="text"/> Jour <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Année	<input type="text"/> Jour <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Année	<input type="text"/> Jour <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Année
<b>Lieu de naissance</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville/Village	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Pays de citoyenneté</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Pays de résidence actuel</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Autres pays où il a un statut de résident</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Situation de famille</b> (utilisez une des catégories de la question 9)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Lien de parenté avec vous</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Vous accompagnera au Canada</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Détails de son passeport</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de passeport	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays de délivrance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date d'expiration	<input type="text"/> Jour <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Année	<input type="text"/> Jour <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Année	<input type="text"/> Jour <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Année
<b>Numéro de carte d'identité</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Langue maternelle</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Connaissance du français et de l'anglais</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peut communiquer en français	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peut communiquer en anglais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Scolarité</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre total d'années de formation officielle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Niveau d'études	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Emploi actuel</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Grandeur</b>	<input type="text"/> cm <b>OU</b> <input type="text"/> pi <input type="text"/> po	<input type="text"/> cm <b>OU</b> <input type="text"/> pi <input type="text"/> po	<input type="text"/> cm <b>OU</b> <input type="text"/> pi <input type="text"/> po
<b>Couleur des yeux</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Photos</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Les photos doivent avoir été prises au cours des six derniers mois. Inscrivez au dos de chaque photo le nom et la date de naissance du membre de la famille	Espace réservé pour la photo du membre de la famille	Espace réservé pour la photo du membre de la famille	Espace réservé pour la photo du membre de la famille