



**FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS EN APPUI À UNE DEMANDE DE TRANSFÈREMENT PRÉSENTÉE EN VERTU DE LA LOI SUR LE TRANSFÈREMENT INTERNATIONAL DES DÉLINQUANTS ET EN VERTU DE L'ENTENTE DE TRANSFÈREMENT ENTRE LE CANADA ET ►**

**CLASSER AU DOSSIER**  
Dossier administratif ou opérationnel  
► **Original - 1820-3**

État étranger

**1. DONNÉES PERSONNELLES**

|                |   |  |
|----------------|---|--|
| Nom de famille | Prénom(s)   | Sexe<br><input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme                            |
| État civil     | Langue(s) parlée(s)<br><input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français<br><input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) ► | Langue de travail préférée<br><input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français |

Résumé des antécédents familiaux et personnels

**2. SÉJOUR À L'ÉTRANGER**

|   |        |      |
|---|--------|------|
| Depuis combien de temps demeurez-vous à l'étranger? _____ ► | Années | Mois |
|---|--------|------|

Énoncez brièvement les raisons de votre séjour à l'étranger

**3. STATUT PERSONNEL**

A)  Fédéral  État

**INCARCÉRÉ(E)**

Autre  
(Veuillez préciser) ►

OU

**EN  
SURVEILLANCE**

Libération  
conditionnelle  Probation

Autre  
(Veuillez préciser) ►

Adresse du (de la) délinquant(e)

Établissement/Adresse

Nom de l'autorité chargée de la surveillance

Adresse

Nom du (de la) surveillant(e)

B) Accusations en instance

Juridiction

**4. INFRACTION(S) À L'ORIGINE DE LA PEINE ACTUELLE**

A) Type d'infraction

Peine

Lieu de la condamnation

Date  
AAAA-MM-JJ

B) Durée prévue de la  
peine totale ►

Années

Mois

Date à laquelle la peine a  
débuté ►

AAAA-MM-JJ

Date d'expiration de la  
peine ►

AAAA-MM-JJ

C) Nom(s) du/des complice(s)

D) Version de l'infraction fournie par le (la) délinquant(e)

**5. ANTÉCÉDENTS CRIMINELS (au Canada et à l'étranger)**

A) Condamnation(s)  
antérieure(s)

Condamnation(s) antérieure(s) la (les) plus grave(s) / Type de  
condamnation(s)

Lieu

Année

Non

Oui (Veuillez  
préciser) ►

B) Séjour(s) antérieur(s) en établissement

Non

Oui (Veuillez  
préciser) ►

**i) Séjour(s) antérieur(s) en isolement protecteur**

- Non  
 Oui (Veuillez préciser) ►

**ii) Évasion(s)/tentative(s) d'évasion**

| <input type="checkbox"/> Aucune                                    | <input type="checkbox"/> Oui | Nom de l'établissement | Année | Tentative | Réussie |
|--|------------------------------|------------------------|-------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> Établissement                             | ►                            |                        |       |           |         |
| <input type="checkbox"/> Autre genre d'évasion (Veuillez préciser) | ►                            |                        |       |           |         |

Au cours de(s) l'évasion(s)/tentative(s) d'évasion(s), il y a eu :

- Utilisation d'armes  
 Violence physique  
 Prise d'otages  
 Aucune violence

L'(les) évasion(s)/tentative(s) d'évasion(s) a (ont) causé :

- Dommages matériels  
 Mort  
 Blessures  
 Rien de ce qui précède

**iii) Participation antérieure(s) à des incidents en établissement**

- Occupation  
 Émeute  
 Prise d'otage(s)  
 Voies de fait  
Veuillez préciser ►

**iv) Dernière libération d'un établissement**

| Nom et type d'établissement ► | Date<br>AAAA-MM-JJ | Type de libération |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|
|                               |                    |                    |

**C) Période(s) antérieure(s) de surveillance**

- Non  
 Oui (Veuillez préciser) ►

**D) Antécédents de violence**

Délinquant(e) impliqué(e) dans des incidents violents dans :

- Pas d'antécédents de violence  
 Collectivité  
 Prison/établissement  
Veuillez préciser ►

Incidents violents ayant causé :

- Dommages matériels  
 Blessures  
 Graves  
 Superficielles  
 Mort  
Veuillez préciser ►

Au cours des incidents violents, il y a eu :

- Utilisation d'arme à feu  
 Autre  
Veuillez préciser ►

## 5. PROGRAMMES

### A) Intérêts du (de la) délinquant(e) quant aux programmes et au travail

| GENRE   | VEUILLEZ PRÉCISER CES ACTIVITÉS |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Formation scolaire                         | ▶<br>_____<br>_____             |
| <input type="checkbox"/> Expérience et/ou formation professionnelle | ▶<br>_____<br>_____             |
| <input type="checkbox"/> Programmes correctionnels                  | ▶<br>_____<br>_____             |
| <input type="checkbox"/> Autres                                     | ▶<br>_____<br>_____             |

### B) Usage de drogue/alcool

|                                |   |   |                                  |                                  |                                 |
|--------------------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Autres (non-opiacés) | <input type="checkbox"/> Drogues douces | <input type="checkbox"/> Opiacés | <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Alcool |
|--------------------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

Infraction à l'origine de la peine actuelle reliée à la drogue ou à l'alcool

|                              |                              |                                       |                                 |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| DROGUES                      |                              |                                       |                                 | ALCOOL                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Consommation | <input type="checkbox"/> Trafic | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Participation à des traitements (drogue ou alcool)

|                              |                              |                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| PASSÉS                       |                              |                              | PRÉSENT                      |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

### C) État de santé général – Malaises déclarés

Non       Oui (Veuillez préciser) ▶

Médicaments requis

Non       Oui (Veuillez préciser) ▶

### D) Besoins immédiats du délinquant

i) Demande d'isolement protecteur       Non       Oui (Veuillez préciser)

ii) Demande de traitement

Médical       Veuillez préciser ▶

Non (OU) ▶      Psychiatrique       Veuillez préciser ▶

Psychologique       Veuillez préciser ▶

iii) Autres besoins

Non

Oui (Veuillez préciser) ▶

|                                    |                     |                    |
|------------------------------------|---------------------|--------------------|
| Signature du (de la) délinquant(e) | Signature du témoin | Date<br>AAAA-MM-JJ |
| ▶                                  | ▶                   |                    |