



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 <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
État civil	Langue(s) parlée(s) <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) ►	Langue de travail préférée <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) INCARCÉRÉ(E) <input type="checkbox"/> Fédéral <input type="checkbox"/> État <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) ► OU EN SURVEILLANCE <input type="checkbox"/> Libération conditionnelle <input type="checkbox"/> Probation <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Veuillez préciser) ►	Condamnation(s) antérieure(s) la (les) plus grave(s) / Type de condamnation(s)	Lieu	Année
B) Séjour(s) antérieur(s) en établissement			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 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	▶ _____ _____
<input type="checkbox"/> Expérience et/ou formation professionnelle	▶ _____ _____
<input type="checkbox"/> Programmes correctionnels	▶ _____ _____
<input type="checkbox"/> Autres	▶ _____

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		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	PRÉSENT	
				<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

C) État de santé général – Malaises déclarés

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (Veuillez préciser) ▶
Médicaments requis	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (Veuillez préciser) ▶

D) Besoins immédiats du délinquant

i) Demande d'isolement protecteur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (Veuillez préciser)
ii) Demande de traitement		
	Médical	<input type="checkbox"/> Veuillez préciser ▶
<input type="checkbox"/> Non (OU) ▶	Psychiatrique	<input type="checkbox"/> Veuillez préciser ▶
	Psychologique	<input type="checkbox"/> Veuillez préciser ▶
iii) Autres besoins		
<input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Oui (Veuillez préciser) ▶		

Signature du (de la) délinquant(e)	Signature du témoin	Date AAAA-MM-JJ
▶	▶	