

|   |  |   |                       |
|---|--|---|-----------------------|
| <b>TO - À</b><br>The Director General<br>Canadian Criminal Real Time<br>Identification Services<br>RCMP, NPS Building<br>1200 Vanier Parkway<br>Ottawa, Ontario K1A 0R2<br><br>Directeur General<br>Services canadiens d'identification criminelle<br>en temps reel<br>Quartier General de la GRC, immeuble des SNP<br>1200, promenade Vanier<br>Ottawa (ont) K1A 0R2 | <b>FOR IDENTIFICATION PURPOSES ONLY - AUX FINS DE L'IDENTIFICATION SEULEMENT</b> |   |                       |
|   | TCN - NCT  | AFIS - SAID<br><br>Year of Birth<br>Date de naissance | BAR CODE - BARRE-CODE |

|   |               |       |                 |                  |                    |
|---|---------------|-------|-----------------|------------------|--------------------|
| R<br>I<br>G<br>H<br>T<br>H<br>A<br>N<br>D | Thumb - Pouce | Index | Middle - Médius | Ring - Annulaire | Little - Annulaire |
|   |               |       |                 |                  |                    |

|                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| L<br>E<br>F<br>T<br>H<br>A<br>N<br>D |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|

IF ANY FINGERPRINT IS NOT RECORDED, GIVE REASON - IF AMPUTATED, DEFORMED OR INJURED, GIVE DATE  
 S'IL MANQUE UNE EMPREINTE, DIRE POURQUOI - EN CAS D'AMPUTATION, DE DÉFORMATION OU DE BLESSURE, DONNER LA DATE

FOUR FINGERS TAKEN TOGETHER - IMPRESSION SIMULTANÉE DES QUATRE DOIGTS

CONTACT FOR ORIGINAL  
 FINGERPRINT CARD  
 REALSCAN BIOMETRICS  
 +91 9599313306

|  |  |                  |   |
|--|--|------------------|---|
| Left hand four fingers flat impression                                       | Left Thumb Flat  | Right Thumb Flat | Right hand four fingers flat impression |
| Signature of person fingerprinted<br>Signature de la personne dactyloscopiée | Signature of Official taking fingerprints<br>Signature du préposé aux empreintes |                  | Date<br>Y-A M D-J                       |

Surname (include former names, maiden name, etc.) - Nom de famille (y compris noms utilisés précédemment, nom de jeune fille, etc.)

|                       |                        |   |                                 |
|-----------------------|------------------------|---|---------------------------------|
| Given Names - Prénoms | DOB - DDN<br>Y-A M D-J | Sex - Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Telephone No. - N° de téléphone |
|-----------------------|------------------------|---|---------------------------------|

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| Address - Adresse | Postal code - Code postal |
|-------------------|---------------------------|

Reason for application (MUST BE COMPLETED) - Raison de la demande (DOIT ÊTRE REMPLI)

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visa/Waiver<br>Visa/désistement                            | <input type="checkbox"/> Pardon Application<br>Demande de réhabilitation | <input type="checkbox"/> Privacy Act<br>Loi sur la protection des renseignements personnels | <input type="checkbox"/> Vulnerable Sector (attach consent Form)<br>Secteur sensible (joindre la formule de consentement) |
| <input type="checkbox"/> Canadian Citizenship<br>Citoyenneté canadienne             | <input type="checkbox"/> Adoption<br>Adoption                            | <input type="checkbox"/> Employment (specify)<br>Emploi (préciser)                          | Reference Number - Numéro de référence  |
| <input type="checkbox"/> Immigration to Canada (LIS)<br>Immigration au Canada (SIR) | <input type="checkbox"/> Volunteer<br>Bénévolat                          | <input type="checkbox"/> Other (specify)<br>Autre (préciser)                                |   |

|   |   |
|---|---|
| Fingerprinting Agency/Department<br>Service ou organisme prenant les empreintes | Contributing Agency/Department<br>Service ou organisme contributeur |
|---|---|