



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

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

This form must be completed in English or French
Ce formulaire doit être rempli en français ou en anglais

File - Référence

1 <input type="checkbox"/> Single entry visa(s) requested Visa(s) pour un seul séjour demandé(s) <input type="checkbox"/> Multiple entry visa(s) requested Visa(s) pour entrées multiples demandé(s) <input type="checkbox"/> 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		<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 <input type="checkbox"/> Tourism <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> 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 De					D - J M Y - A 					To À					D - J M Y - A 				
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 Courriel					Telephone number Numéro de téléphone					Fax number 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	b) Valid until Valable jusqu'au																														
	<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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D - J <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> M <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> Y - A <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> </div>																														
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																															
	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																														
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D - J <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> M <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> Y - A <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> </div>																														
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D - J <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> M <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> Y - A <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> </div>																														
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D - J <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> M <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> Y - A <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> </div>																														
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.																															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Signature of applicant - Signature du requérant </div> <div style="width: 35%;"> Date </div> </div>																															

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*.



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

PLEASE PRINT AND ATTACH THIS PAGE WITH YOUR APPLICATION
VEUILLEZ IMPRIMER ET ATTACHER CETTE PAGE À VOTRE DEMANDE

DEPENDENT #1
DÉPENDANT #1

DEPENDENT #2
DÉPENDANT #2

DEPENDENT #3
DÉPENDANT #3