

## APPLICATION POUR UN TEST D'ADN AVEC DISPOSITION LÉGALE Immigration / Citoyenneté

Veuillez compléter ce formulaire et l'envoyer par télécopieur, courriel ou courrier à l'emplacement indiqué ci-dessus. Un associé de l'Assistance aux clients fixera les rendez-vous nécessaires. Les résultats de ce test seront envoyés : 1) au demandeur ou son représentant légal et 2) au bureau approprié de Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

**TEST D'ADN REQUIS:**  Paternité  Maternité  Frères/sœurs  Demi-frères/demi-sœurs  Autre \_\_\_\_\_

<b>PARTICIPANTS AU TEST</b> Si vous avez déjà effectué un test avec notre laboratoire, veuillez indiquer le no. de dossier : _____	
Nom :	Date de naissance (aaaa/mm/jj) :
Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger
Nom :	Date de naissance (aaaa/mm/jj) :
Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger
Nom :	Date de naissance (aaaa/mm/jj) :
Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger
Nom :	Date de naissance (aaaa/mm/jj) :
Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger
Nom :	Date de naissance (aaaa/mm/jj) :
Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger
<b>INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES</b>	
Test de paternité : est-ce qu'un parent de premier degré de l'homme testé (frère, père) pourrait être le père de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Test de maternité : est-ce qu'un parent de premier degré de la femme testée (sœur, mère) pourrait être la mère de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>INFORMATION LOCALE (Canada)</b>	
Nom :	Tél :
Adresse :	Courriel :
Ville :	Province : Code postal :
<b>INFORMATION OUTRE-MER (Demandeur)</b>	
Nom :	Tél :
Adresse :	Courriel :
Ville :	Pays :
<b>REPRÉSENTANT LÉGALE (si applicable)</b>	
Nom :	Tél :
Organisation :	Télé. :
Adresse :	Courriel :
Ville :	Province : Code postal :
Transmission des résultats (cocher un seul): <input type="checkbox"/> Courrier régulier <input type="checkbox"/> Télécopie <input type="checkbox"/> Portail web (veuillez fournir votre adresse courriel ci-dessus)	
<b>AMBASSADE, CONSULAT ou IRCC</b> <i>Veuillez inclure une copie de la lettre de l'Ambassade, du Consulat ou du bureau IRCC demandant le test d'ADN</i>	
Lieu :	No dossier Visa :
<b>INFORMATIONS RELATIVES AU PAIEMENT</b>	
* Veuillez communiquer avec Orchid PRO-ADN pour obtenir une soumission. Le coût total sera confirmé avant de prélever le montant sur la carte de crédit. * Des frais administratifs seront appliqués si le dossier est annulé avant l'analyse.	<i>Pour usage interne seulement</i>
<b>VEUILLEZ CHOISIR L'UNE DES OPTIONS DE PAIEMENT SUIVANTES :</b>	Prix de base :
<input type="checkbox"/> Le paiement est inclus (chèque certifié ou mandat-poste à l'ordre d'Orchid PRO-ADN).	Participant additionnel :
<input type="checkbox"/> Veuillez prélever sur ma carte de crédit : <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express	Expédition :
No de carte :	Date d'expiration :
Nom du détenteur de la carte :	Tél.:
Adresse de facturation :	TVQ :
Signature :	Prélèvement local :
	Sous-total :
	TPS/TVH :
	TVQ :
	Paiement total :