



Déclaration du garant de la preuve d'identité

Veillez imprimer à l'encre noire ou bleue

**** Ce document doit être accompagné d'une photo d'identité signée par le garant**

Renseignements sur le demandeur (doivent être remplis en présence du garant)

Nom légal: _____ Prénom(s) légal(aux): _____

Adresse physique (pas de C.P.) : _____ App. #: _____

Ville, village ou localité : _____ Code postal : _____

Date de naissance (mm / jj / aaaa) : _____ / _____ / _____

Je certifie que je suis la personne nommée ci-dessus et que ma date de naissance et mon adresse résidentielle sont celles indiquées ci-dessus, et la signature ci-dessous est ma signature.

Je consens à ce que La Société historique de Saint-Boniface recueille les renseignements à mon sujet présentés dans la section Renseignements du demandeur auprès de mon garant et d'autres renseignements personnels à mon sujet auprès de mon garant ou d'autres tiers, au besoin, pour vérifier mon admissibilité à la preuve du certificat d'ascendance métisse; et à La Société historique de Saint-Boniface qui met cette information à la disposition de la Manitoba Metis Federation.

Si le demandeur a moins de 18 ans

Signature du demandeur : _____ Signature du ou des tuteurs légaux : _____

Choisir un garant éligible

Votre garant **doit** :

1. Être citoyen canadien résidant au Canada
2. Vous connaissez depuis au moins deux ans
3. Satisfaire aux critères d'occupation ou de bureaux exactement comme décrit
4. Complétez entièrement la section Déclaration du garant au verso de ce document

Déclaration du garant (doit être entièrement remplie)

Nom légal : _____ Prénom(s) donné(s) : _____

Nom de l'entreprise / de l'organisation : _____ Titre officiel : _____

Téléphone professionnel : _____ Téléphone personnel : _____

Adresse d'affaires : _____

Connaissance du demandeur (nombre d'années) : _____

IMPORTANT Vous devez avoir au moins DEUX ans de connaissance du demandeur pour être un garant éligible.

PLACER UNE MARQUE DE CONTRÔLE À CÔTÉ DE L'OCCUPATION OU DU BUREAU APPLICABLE ET
FOURNIR LES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES SI DEMANDÉ

*(DOIT ÊTRE AUTORISÉ AU CANADA)

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Dentist* <input type="checkbox"/> 2. Médecin* <input type="checkbox"/> 3. Chiropracteur * <input type="checkbox"/> 4. Juge <input type="checkbox"/> 5. Juge de paix <input type="checkbox"/> 6. Officier de la Gendarmerie royale du Canada : Nom de l'unité _____ Détachement _____ # de Badge _____ <input type="checkbox"/> 7. Officier de police provincial / municipal : Nom de l'unité _____ Détachement _____ # de Badge _____ <input type="checkbox"/> 8. Officier de police militaire : Nom de l'unité _____ Détachement _____ <input type="checkbox"/> 9. Commandant militaire : Nom de l'unité _____ Détachement _____ # de Badge _____ <input type="checkbox"/> 10. Avocat* <input type="checkbox"/> 11. Maire, préfet ou autre chef élu fonctionnaire de la municipalité : Ville / Municipalité _____ <input type="checkbox"/> 12. Ministre de la religion autorisé en vertu de la lois du Manitoba pour célébrer des mariages ou autorisé à le faire en vertu des lois de une autre province ou territoire au Canada : Nom de l'organisation religieuse : _____ <input type="checkbox"/> 13. Notaire public <input type="checkbox"/> 14. Optométriste <input type="checkbox"/> 15. Pharmacien.ne *: # de licence _____ <input type="checkbox"/> 16. Maître.tresse de poste <input type="checkbox"/> 17. Directeur.trice d'une école primaire ou secondaire : Division scolaire _____ Nom de l'école _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 18. Enseignant.e d'une école primaire ou secondaire: Division scolaire _____ Nom de l'école _____ <input type="checkbox"/> 19. Comptable professionnel agréé – CPA <input type="checkbox"/> 20. Ingénieur professionnel <input type="checkbox"/> 21. Administrateur.trice principal d'une université ou collège communautaire : Nom de l'université ou du collège : _____ <input type="checkbox"/> 22. Enseignant.e dans une université ou un collège communautaire Nom de l'université ou du collège : _____ <input type="checkbox"/> 23. Vétérinaire * <input type="checkbox"/> 24. Chef de bande, au sens de la Loi sur les Indiens (Canada) : Nom de la Première Nation, tribale, conseil ou communauté _____ <input type="checkbox"/> 25. Greffier d'appartenance à une bande, au sens de la Loi sur les Indiens (Canada) : Nom du Premier Nation, conseil tribal ou communauté: _____ <input type="checkbox"/> 26. Député.e <input type="checkbox"/> 27. Membre de l'Assemblée législative ou Parlement provincial d'une autre province ou territoire du Canada <input type="checkbox"/> 28. Directeur.trice pénitentiaire fédéral : Nom de l'institution _____ <input type="checkbox"/> 29. Travailleur.euse social * <input type="checkbox"/> 30. Infirmière praticienne * <input type="checkbox"/> 31. Agent.e de libération conditionnelle Nom de l'employeur _____ <input type="checkbox"/> 32. Agent.e de probation <input type="checkbox"/> 33. Agent.e des services correctionnels Nom de l'établissement _____
--	---

Je déclare que je suis activement employé ou engagé au Canada dans la profession ou le bureau indiqué ci-dessus, et que je suis citoyen canadien. Au meilleur de ma connaissance et de ma conviction, toutes les déclarations faites dans cette demande sont vraies, et la signature montrée est une représentation fidèle de la signature du demandeur. Je connais le demandeur depuis au moins **DEUX** ans.

Signature du garant : _____

Date: _____ **Signé à (ville / province):** _____