



Reçu le :

Avis d'appel d'une décision de la Section de la protection des réfugiés

Paragraphe 110(1) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*

DÉLAI : Transmettre à la Section d'appel des réfugiés (SAR) une copie si envoyée de manière électronique du présent avis d'appel au plus tard 15 jour suivant la date à laquelle ont été reçus les motifs écrits de la décision de la Section de la protection des réfugiés (SPR).

Pour élargir l'utilisation des communications électroniques avec la SAR et favoriser l'éloignement physique, la SAR retire temporairement l'exigence dans les Règles relatives aux signatures sur les documents et les formulaires de la SAR présentés à l'appui d'un appel.

J'interjette / Nous interjetons appel d'une décision de la SPR : _____
Date de l'avis de décisio (aaaa/mm/jj)n _____ Date de réception des motifs de la SPR (aaaa/mm/jj)

Utiliser des feuilles supplémentaires de mêmes dimensions que le présent formulaire s'il n'y a pas assez d'espace.

Appelant	N° de dossier de la SPR	Signature de l'appelant / du représentant désigné	Langue choisie pour l'appel	Représentant désigné par la SPR	N° de dossier de la SAR (à l'usage du bureau)
_____ NOM, prénom, autre(s) prénom(s) _____ Date de naissance _____ Pays de nationalité / Pays de citoyenneté	_____ Identificateur unique de client _____	_____ Date de la signature (aaaa/mm/jj) _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Oui. Fournir renseignements à la page 2.	
_____ NOM, prénom, autre(s) prénom(s) _____ Date de naissance _____ Pays de nationalité / Pays de citoyenneté	_____ Identificateur unique de client _____	_____ Date de la signature (aaaa/mm/jj) _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Oui. Fournir renseignements à la page 2.	
_____ NOM, prénom, autre(s) prénom(s) _____ Date de naissance _____ Pays de nationalité / Pays de citoyenneté	_____ Identificateur unique de client _____	_____ Date de la signature (aaaa/mm/jj) _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Oui. Fournir renseignements à la page 2.	
_____ NOM, prénom, autre(s) prénom(s) _____ Date de naissance _____ Pays de nationalité / Pays de citoyenneté	_____ Identificateur unique de client _____	_____ Date de la signature (aaaa/mm/jj) _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Oui. Fournir renseignements à la page 2.	

NOM, prénom, autre(s) prénom(s)	Identificateur unique de client	Date de la signature (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Aucun
Date de naissance			<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Oui. Fournir renseignements à la page 2.
Pays de nationalité / Pays de citoyenneté				
NOM, prénom, autre(s) prénom(s)	Identificateur unique de client	Date de la signature (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Aucun
Date de naissance			<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Oui. Fournir renseignements à la page 2.
Pays de nationalité / Pays de citoyenneté				

Adresse de l'appelant

N° et rue	N° d'app.	Ville	Province	Code postal
() Ind. rég. Téléphone cellulaire	() Ind. rég. Téléphone alternatif	() Ind. rég. Télécopieur (domicile)	() Ind. rég.	Adresse courriel

Coordonnées du conseil

Nom (M./M ^{me} /M ^e)	Cabinet d'avocats ou société			
N° et rue	N° d'app.	Ville	Province	Code postal
() Ind. rég. Téléphone	() Ind. rég. Télécopieur	Adresse électronique		N° de membre
<input type="checkbox"/> Avocat, parajuriste ou notaire : _____ <div style="text-align: right;">Province</div> <input type="checkbox"/> Collège des consultants en immigration et en citoyenneté (CCIC)				
<input type="checkbox"/> Membre de la famille ou autre personne qui aide dans le cadre de l'appel (Prière de remplir le formulaire Avis – représentant non rémunéré ni autrement rétribué et de le transmettre à la SAR sous le même pli que le présent document.)				
Restriction au mandat au conseil : _____				
<i>Nota : Aux termes de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, commet une infraction quiconque sciemment, de façon directe ou indirecte, représente ou conseille une personne, moyennant rétribution, relativement à une demande ou à une instance prévue par la présente loi, ou offre de le faire, sans en être autorisé par la loi. (La rétribution peut consister en de l'argent ou en toute autre forme de rémunération ou de récompense.)</i>				
Le ou les appelants susmentionnés ont retenu mes services dans le cadre de leur appel devant la SAR.				
Signature du conseil			Date (aaaa/mm/jj)	

Coordonnées du représentant désigné

(dans le cas où la SPR en a désigné un)

Nom (M./M ^{me} /M ^e)		Lien (le cas échéant)		Organisation ou société (le cas échéant)	
N° et rue		N° d'app.	Ville	Province	Code postal
() Ind. rég. Téléphone	() Ind. rég. Télécopieur	Adresse électronique			

Déclaration de l'interprète

Je soussigné, (*écrire clairement votre nom au complet en caractères d'imprimerie*) _____, atteste avoir interprété fidèlement le contenu intégral du présent formulaire pour l'appelant / les appelants, du français à l' / au _____ (*préciser la langue ou le dialecte, s'il y a lieu*). Je maîtrise ces deux langues (et ce dialecte, le cas échéant), et j'ai pu communiquer efficacement avec l'appelant / les appelants, qui m'a / m'ont assuré avoir bien compris le contenu intégral du présent formulaire, tel que je l'ai interprété.

Signature de l'interprète_____
Date (aaaa/mm/jj)