



## Déclaration solennelle

Cette section doit être remplie seulement si vous ne pouvez pas fournir de photocopie d'une pièce d'identité valide délivrée par le gouvernement OU si vous n'avez pas de preuve de votre lien avec le membre décédé du groupe.

**NE REMPLISSEZ PAS CETTE DÉCLARATION SOLENNELLE SI VOUS JOIGNEZ À VOTRE RÉCLAMATION UNE PHOTOCOPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ VALIDE DÉLIVRÉE PAR LE GOUVERNEMENT ET QUE VOUS AVEZ UNE PREUVE DE VOTRE LIEN AVEC LE MEMBRE DÉCÉDÉ DU GROUPE.**

Je déclare que les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et véridiques.

---

Prénom et nom de famille  
(en lettres moulées)  
**\*(obligatoire)**

---

Date de naissance  
**\*(obligatoire)**

---

Signature  
**\*(obligatoire)**

---

Date de signature  
JJ / MM / AAAA  
**\*(obligatoire)**

**La déclaration ci-dessus doit être attestée par un garant, qui doit remplir les champs des pages 3 et 4.**

**La responsabilité du garant se limite à voir le demandeur signer cette page. En tant que garant, vous n'avez pas l'obligation de lire le formulaire ou de vérifier l'exactitude des événements décrits dans ce formulaire.**

Un garant est une personne qui exerce l'une des fonctions suivantes:

- Agent des services frontaliers
- Gestionnaire financier autochtone accrédité
- Comptable agréé / inscrit
- Commissaire à l'assermentation
- Agent correctionnel
- Chef / chef héréditaire
- Mère de clan
- Sage-femme
- Juge de la Cour fédérale ou d'une cour provinciale ou juge de paix
- Conseiller du gouvernement, y compris chef ou conseiller de bande
- Administrateur du registre des Indiens
- Agent de liaison pour les communautés autochtones
- Dirigeant d'une communauté inuite / Aîné des Premières Nations / guérisseur traditionnel
- Avocat
- Médecin détenant une licence ou un permis de pratique
- Secrétaire des villages nordiques
- Notaire
- Agent de la paix
- Pharmacien
- Agent de police
- Psychologue ou psychiatre
- Conseiller clinicien inscrit
- Ergothérapeute inscrit
- Travailleur social détenant un permis de pratique



**Prénom du garant**  
**\*(obligatoire)**

**Nom de famille du garant**  
**\*(obligatoire)**

**Deuxième prénom/autre(s) prénom(s) du garant (le cas échéant)**

**Numéro de téléphone du garant**  
**\*(obligatoire)**

**Adresse courriel du garant**

**Fonction exercée par le garant**  
**\*(obligatoire)**

**Adresse (numéro et rue) du garant**  
**\*(obligatoire)**

**Numéro de bureau ou d'unité (le cas échéant)**



**Ville, village,  
Première Nation ou  
réserve**  
**\*(obligatoire)**

**Province ou  
territoire**  
**\*(obligatoire)**

**Pays**  
**\*(obligatoire)**

**Code postal**  
**\*(obligatoire)**

---

**Prénom et nom de famille  
du garant  
(en lettres moulées)**  
**\*(obligatoire)**

**Signature du garant**  
**\*(obligatoire)**

**Date de signature**  
**JJ / MM / AAAA**  
**\*(obligatoire)**