

Loi sur les enquêtes relatives à l'application de la loi



N° DE PLAINTE _____

Réservé à l'administration

Nom du plaignant		Prénom	Date de naissance AA/MM/JJ
			Courriel
Adresse municipale		n° de téléphone du domicile ou cellulaire	
Ville et province		Code postal	N° de téléphone professionnel
Date de l'incident AA/MM/JJ	Lieu		Date de réception de la plainte officielle (Réservé à l'administration)

Blessures subies <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (décrire les blessures)		Photos prises <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Médecin traitant	Adresse		Date de la visite AA/MM/JJ
Nom des témoins	Adresse		Téléphone
Personne touchée (si différente du plaignant)	N° de téléphone	Agents impliqués – Nom, grade, numéro	
Nom			
Adresse			

Détails de l'incident (doivent être dactylographiés ou lisiblement écrits en lettres moulées) Joindre tout renseignement additionnel sur une feuille séparée.

Plainte reçue par : (Personne ou agence)	J'atteste que les renseignements que j'ai fournis dans la présente sont exacts. Signature du plaignant
--	---