



POR FAVOR APENAS ASSINEM ESTES  
FORMULÁRIOS.

OS FORMULÁRIOS A SEREM  
PREENCHIDOS SÃO OS FORMULÁRIOS  
EM PORTUGUÊS.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## To Citizenship and Immigration Canada

Tokyo - Visa Section

Ref: Visa Application

Dear Canadian Consul,

I, \_\_\_\_\_,  
passport number, \_\_\_\_\_, hereby authorize **Alfainter Travel, Inc.**  
to apply for the Canadian Transit Visa and to answer for any possible question  
on my behalf.

I duly appreciate your kindly attention to this matter.

Best regards,

\_\_\_\_\_

<b>8</b>	a) Immigration status of applicant(s) in country where applying: Statut par rapport à l'immigration du (des) requérant(s) dans le pays où la demande est présentée  <input type="checkbox"/> Citizen / Citoyen <input type="checkbox"/> Permanent resident / Résident permanent <input type="checkbox"/> Temporary Resident / Résident Temporaire <input type="checkbox"/> Worker / Travailleur <input type="checkbox"/> Student / Étudiant <input type="checkbox"/>	b) Valid until / Valable jusqu'au D - J    M    Y - A <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																			
<b>9</b>	My present job (Give the job title and a brief description of your position) Ma profession actuelle (Indiquer le titre de votre emploi et une brève description du poste)	<b>10</b>	Name and address of my present employer or school Nom et adresse de mon employeur actuel ou de l'établissement d'enseignement																		
<b>11</b>	Name, address and relationship of any person(s) or institution I will visit are Nom, adresse et lien de parenté de toute personne à qui je rendrai visite ou nom et adresse de tout établissement que je visiterai  <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; border-bottom: 1px solid black;">Name - Nom</td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;">Address in Canada - Adresse au Canada</td> <td style="width:25%; border-bottom: 1px solid black;">Relationship to me - Lien de parenté</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>			Name - Nom	Address in Canada - Adresse au Canada	Relationship to me - Lien de parenté															
Name - Nom	Address in Canada - Adresse au Canada	Relationship to me - Lien de parenté																			
<b>12</b>	"X" THE APPROPRIATE BOX INSCRIRE « X » DANS LA CASE APPROPRIÉE																				
	a) Within the past two years, have you or a family member had tuberculosis of the lung or been in close contact with a person with tuberculosis of the lung? Au cours des deux dernières années, avez-vous eu, vous ou un des membres de votre famille, la tuberculose pulmonaire ou été en contact avec une personne qui a la tuberculose pulmonaire? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON																				
	b) Do you or an accompanying family member have any physical or mental disorder for which that person will require social and/or health services, other than medication, during the stay? Avez-vous, vous ou un des membres de votre famille qui vous accompagne, un trouble physique ou mental qui nécessiterait des services sociaux et/ou des soins de santé autres que des médicaments durant le séjour? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON																				
	<b>Have you or any member of your family ever:</b> <b>Est-ce que vous-même ou tout membre de votre famille :</b>																				
	c) Committed, been arrested or charged with any criminal offence in any country? Avez-vous commis, ou avez-vous été arrêté pour avoir commis ou accusé d'avoir commis une infraction pénale quelconque dans n'importe quel pays? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON																				
	d) Been refused admission to, or ordered to leave Canada? Vous a-t-on jamais refusé l'admission au Canada, ou enjoint de quitter le Canada? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON																				
	e) Applied for any Canadian Immigration visas (e.g. Permanent Resident, Student, Worker, Temporary Resident (visitor), Temporary Resident Permit)? Avez-vous demandé un visa canadien auparavant? (par exemple, un visa de résident permanent, d'étudiant, de travailleur, de résident temporaire [visiteur] ou un permis de séjour temporaire)? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON																				
	f) Been refused a visa to travel to Canada? Vous a-t-on jamais refusé un visa pour le Canada? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON																				
	g) In periods of either peace or war, have you ever been involved in the commission of a war crime or crime against humanity, such as: willful killing, torture, attacks upon, enslavement, starvation or other inhumane acts committed against civilians or prisoners of war; or deportation of civilians? En période de paix ou de guerre, avez-vous déjà participé à la commission d'un crime de guerre ou d'un crime contre l'humanité, c'est-à-dire de tout acte inhumain commis contre des populations civiles ou des prisonniers de guerre, par exemple, l'assassinat, la torture, l'agression, la réduction en esclavage ou la privation de nourriture, etc., ou encore participé à la déportation de civils? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON																				
	<b>If you answer "yes" to any of the questions c) to g) above, you must provide details in the box below marked "Related information".</b> <b>Si vous répondez « oui » à l'une ou plusieurs des questions c) à g) ci-dessus, vous devez fournir des détails dans cette case « Détails ».</b>																				
	Related information - Détails																				
<b>13</b>	During the past five years have you or any family member accompanying you lived in any other country than your country of citizenship or permanent residence for more than six months? Au cours des cinq dernières années, avez-vous ou n'importe quel membre de votre famille vous accompagnant a-t-il vécu dans un autre pays que votre pays de citoyenneté ou de résidence permanente pendant plus de six mois? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON  If answer to question 13 is "yes", list countries and length of stay Si la réponse à la case 13 est affirmative, indiquer le nom de ces pays et la durée du séjour																				
	Name Nom	Country Pays	Length of stay - Durée du séjour From - De      To - À																		
			<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">D - J</td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">M</td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">Y - A</td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">D - J</td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">M</td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">Y - A</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	D - J	M	Y - A	D - J	M	Y - A												
D - J	M	Y - A	D - J	M	Y - A																
<b>14</b>	I declare that I have answered all questions in this application fully and truthfully. Je déclare avoir donné des réponses exactes et complètes à toutes les questions de la présente demande.																				
	Signature of applicant - Signature du requérant	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">D - J</td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">M</td> <td style="width:10%; border: 1px solid black;">Y - A</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table> Date		D - J	M	Y - A															
D - J	M	Y - A																			

This form has been established by the Minister of Citizenship and Immigration  
 Formulaire établi par le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration

The information you provide on this form is collected under the authority of the *Immigration and Refugee Protection Act* to determine if you may be admitted to Canada as a temporary resident. It will be stored in Personal Information Bank CIC PPU 051, Foreign Temporary Resident Records and Case File. It is protected and accessible under the *Privacy Act* and the *Access to Information Act*.

Les renseignements fournis sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* pour établir si vous êtes admissible au Canada à titre de résident temporaire. Ils seront versés au fichier de renseignements personnels CIC PPU 051, Dossier et fichier de résident temporaire. Ils sont protégés et accessibles en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur l'accès à l'information*.

**2. Have you ever witnessed or participated in ill treatment of prisoners or civilians, looting or desecration of religious buildings?  
Avez-vous déjà assisté ou participé à de mauvais traitements infligés à des prisonniers ou à des civils, à des actes de pillage ou à la profanation d'édifices religieux?**

No / Non  Yes / Oui **►** Provide details of the circumstances below.  
Veuillez fournir des détails sur les circonstances ci dessous.

Date Y - A M	Location - Lieu	Details - Détails

**3. Were you ever a member of a political party or other group or organization?  
Avez-vous déjà été membre d'un parti politique ou d'un autre groupe ou organisation?**

No / Non  Yes / Oui **►** Give details of organizations you have supported, been a member of or been associated with. Include any political, social, youth or student organization, trade unions, professional associations. Do not use abbreviations.  
Veuillez fournir des détails sur les organisations que vous avez appuyées, dont vous avez été membre ou avec lesquelles vous avez entretenu des liens. N'oubliez pas les organisations politiques ou sociales, les regroupements de jeunes ou d'étudiants, les syndicats et les associations professionnelles. N'utilisez aucune abréviation.

From - De Y - A M	To - À Y - A M	Name of organization Nom de l'organisation	Type of organization Genre d'organisation	Activities and/or positions held within organization Activités et/ou poste(s) au sein de l'organisation	City and country Ville et pays

**4. Have you ever held a government position?  
Avez-vous déjà occupé un poste au sein d'un gouvernement?**

No / Non  Yes / Oui **►** If you have held a position in any government or state enterprise (e.g., mayor, member of parliament, counsellor, judge, managing director, etc.) or have ever been employed by a government or political party in a position of responsibility or supervision (e.g., hospital administrator, police officer, elections official, civil servant, etc.), provide details below (do not use abbreviations).  
Si vous avez occupé un poste au sein d'un gouvernement ou d'une entreprise d'État (p. ex., maire, député, conseiller, juge, directeur général, etc.) ou si vous avez déjà été à l'emploi d'un gouvernement ou d'un parti politique et que vous occupiez un poste où vous deviez vous acquitter de certaines responsabilités ou de fonctions de supervision (p. ex., directeur général d'un hôpital, agent de police, fonctionnaire électoral, etc.), veuillez fournir des détails ci dessous (n'utilisez pas d'abréviations).

From - De Y - A M	To - À Y - A M	Country and level of jurisdiction (e.g. national, regional, municipal) Pays et niveau d'administration (p. ex., national, régional, municipal)	Department/Branch and city Ministère/direction générale et ville	Activities and/or positions held Activités et/ou poste(s) occupé(s)

**5. Declaration**

I (your full name), , declare that all of the above statements are true, complete and correct, and I make this declaration knowing that it is of the same effect as if made before a court of law.

Signature

**Déclaration**

Je (votre nom au long), , déclare que tous les énoncés ci dessus sont véridiques, exhaustifs et justes, et je fais cette déclaration en toute connaissance de cause, sachant qu'elle a la même valeur que si elle était faite devant un tribunal.

Date

The information you provide on this form is collected under the authority of the Immigration and Refugee Protection Act and will be used for the purpose of assessing your application according to the requirements of the Act. It will be retained in a Personal Information Bank identified in Infosource. It may be shared with other organizations in accordance with the consistent use of information under the Privacy Act. Under the Privacy Act and the Access to Information Act individuals have the right to protection of and access to their personal information. Details on these matters are available at infosource.gc.ca and through the Citizenship and Immigration Call Centre. Infosource is also available in Canadian public libraries.

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés et seront utilisés afin de déterminer si les conditions de votre résidence permanente ont bien été respectées et si une carte de résident permanent doit vous être délivrée conformément aux critères prévus dans la Loi. Ils seront conservés dans une banque de renseignements personnels tel qu'indiquée dans Infosource et pourront être communiqués à d'autres organisations conformément au principe d'usage compatible de l'information en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Par ailleurs, en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et de la Loi sur l'accès à l'information, les personnes ont le droit de s'attendre à ce que leurs renseignements personnels soient protégés et d'y avoir accès. Il est possible d'obtenir plus d'information à ce sujet en visitant le site infosource.gc.ca ou en communiquant avec le télécentre de la citoyenneté et de l'immigration. On peut aussi accéder à Infosource à partir des bibliothèques publiques du Canada.

## FAMILY INFORMATION

**All names** should be indicated **both** in English/French and in your native language (for example, Chinese, Chinese Character code, Korean or Japanese characters).  
If additional space is required, please attach a separate sheet.

名前はすべて英語又はフランス語、及び、母国語で記入してください。  
(例えば、中国語とその漢字コード、ハングル、日本語など)  
記入スペースが足りない場合は、別紙を添付してください。

Relationship	Family Name	First & Middle Names	Date of Birth DD-MM-YY	Country of Birth	Country of Residence	Place of Residence If in Canada (City)	Status in Canada
Father							
Mother							
Brother <input type="checkbox"/>							
Sister <input type="checkbox"/>							
Brother <input type="checkbox"/>							
Sister <input type="checkbox"/>							
Brother <input type="checkbox"/>							
Sister <input type="checkbox"/>							
Spouse							
Son <input type="checkbox"/>							
Daughter <input type="checkbox"/>							
Son <input type="checkbox"/>							
Daughter <input type="checkbox"/>							
Spouse's relatives							
Father							
Mother							
Brother <input type="checkbox"/>							
Sister <input type="checkbox"/>							
Brother <input type="checkbox"/>							
Sister <input type="checkbox"/>							
Brother <input type="checkbox"/>							
Sister <input type="checkbox"/>							
Spouse's children from other relationship							
Son <input type="checkbox"/>							
Daughter <input type="checkbox"/>							
Son <input type="checkbox"/>							
Daughter <input type="checkbox"/>							

I declare that the information contained on this document is complete, accurate and factual.