

**Formulaire de révision de la liste électorale
et de vote à domicile
(Centre de santé)**

1. Renseignements généraux			
Prénom		Nom à la naissance	
Sexe		Date de naissance (année, mois, jour)	
F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
Nom et adresse du centre			
Nom du centre			
Adresse	Code postal	Ind. rég.	Numéro de téléphone
Vous séjournez dans ce centre de façon <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporaire			
2. Demande d'inscription sur la liste électorale			
Adresse du domicile précédent			
N°	Rue, avenue...	App.	
Municipalité		Code postal	
<input type="checkbox"/> Je demande que mon nom soit inscrit sur la liste électorale.			
<p>Pour une demande d'inscription, n'oubliez pas de joindre une photocopie de deux pièces d'identité :</p> <ul style="list-style-type: none"> la première doit indiquer votre nom et votre date de naissance (ex. : acte de naissance, carte d'assurance maladie, certificat de citoyenneté) la seconde doit comporter votre nom et votre adresse (ex. : carte d'hôpital) 			
3. Demande de correction sur la liste électorale			
<input type="checkbox"/> Je demande que mon inscription sur la liste électorale soit corrigée de la façon suivante :			
Inscription actuelle _____ <input type="checkbox"/> correction demandée _____			
4. Demande de radiation sur la liste électorale			
<input type="checkbox"/> Je demande que mon nom soit radié de la liste électorale.			
5. Demande pour voter à ma chambre			
<input type="checkbox"/> Je demande à voter à ma chambre parce que je suis incapable de me déplacer .			
6. Signature			
Je déclare avoir la qualité d'électrice ou d'électeur et, qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques.			
Signature _____		Date _____	

Veillez transmettre cette demande au président d'élection
2060, rue Dickson, 3^e étage, Montréal QC H1N 2H8
 ou par courriel : elections@montreal.ca
au plus tard le 28 novembre 2023

(English on reverse side)

Electoral list revision form and voting at home (Healthcare center)

1. General information			
First name		Family name at birth	
Sex F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Date of birth (Y / M / D)	
Center name and address			
Center name			
Address	Postal code	Ind. reg.	Telephone number
You stay in this center so <input type="checkbox"/> Permed <input type="checkbox"/> Temporary			

2. Application for entry on the list of electors		
Previous home address		
N°	Street, Avenue	Apt.
Municipality	Postal code	
<input type="checkbox"/> Enter my name on the list of electors		
A photocopy of 2 identification documents must be submitted: <ul style="list-style-type: none"> ● the first one must bear your name and date of birth (birth certificate, health insurance card, certificate of citizenship) ● the second one must bear your name and address (hospital card) 		

3. Application for correction on the list of electors	
<input type="checkbox"/> Correct my entry on the list of electors as follows:	
Present entry _____	<input type="checkbox"/> Correction requested _____

4. Application for deletion from the list of electors	
<input type="checkbox"/> Delete my name from the list of electors	
<input type="checkbox"/> Other deletion	
_____	_____
First name	Family name
_____	_____
Address	Apt.
Reason for deletion _____	
<i>* To have the name of a deceased person deleted, provide proof (death certificate or other)</i>	

5. Request to vote in my room
<input type="checkbox"/> I am applying to vote in my room because of motor limitations .

6. Signature
I declare that I am qualified to vote and that, to the best of my knowledge, the information provided is accurate.
Signature _____ Date _____

File with Returning Officer
2060, rue Dickson, 3^e étage, Montréal QC H1N 2H8
elections@montreal.ca
By November 28, 2023
 (Français au verso)