

DÉCLARATION

Date: _____ Numéro d'incident : _____ Page _____ de _____

Nom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Déclaration :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Agent/agente d'exécution de la loi sur le tabac : _____

Témoïn : _____

Lieu : _____

Signature du témoin : _____



CORNWALL • ALEXANDRIA • CASSELMAN • HAWKESBURY • ROCKLAND • WINCHESTER

EOHU.ca • 1-800-267-7120 • BSEO.ca

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

DÉCLARATION (SUITE)

Date: _____ Numéro d'incident : _____ Page _____ de _____

Nom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Déclaration (suite) :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Agent/agent(e) d'exécution de la loi sur le tabac : _____

Témoign : _____

Lieu : _____

Signature du témoin : _____