



## Bureau du contrôle des armes à feu et des explosifs

1701, rue Parthenais, (UO1530)  
Montréal (Québec) H2K 3S7

N° du permis général d'explosifs de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Ajout ou retrait d'actionnaires, d'administrateurs ou de mandataires	
Nom de l'entreprise :	
Information sur le représentant de l'entreprise	
Nom de famille	Prénom
Date de naissance	N° de permis général d'explosifs - Particulier, si applicable
N° de téléphone (jour)	Poste

Information sur les actionnaires, les administrateurs ou les mandataires	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province/État, pays (si autre que Canada), code postal)	
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)
Date de naissance	N° de permis général d'explosifs - Particulier, si applicable
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fonction dans l'entreprise, si mandataire
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Administrateur <input type="checkbox"/> Mandataire	
<b>RÉSERVÉ À LA SÛRETÉ</b> Vérification CRPQ <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province/État, pays (si autre que Canada), code postal)	
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)
Date de naissance	N° de permis général d'explosifs - Particulier, si applicable
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fonction dans l'entreprise, si mandataire
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Administrateur <input type="checkbox"/> Mandataire	
<b>RÉSERVÉ À LA SÛRETÉ</b> Vérification CRPQ <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	

Information sur les actionnaires, les administrateurs ou les mandataires	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province/État, pays (si autre que Canada), code postal)	
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)
Date de naissance	N° de permis général d'explosifs - Particulier, si applicable
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fonction dans l'entreprise, si mandataire
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Administrateur <input type="checkbox"/> Mandataire	
<b>RÉSERVÉ À LA SÛRETÉ</b> Vérification CRPQ <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province/État, pays (si autre que Canada), code postal)	
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)
Date de naissance	N° de permis général d'explosifs - Particulier, si applicable
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fonction dans l'entreprise, si mandataire
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Administrateur <input type="checkbox"/> Mandataire	
<b>RÉSERVÉ À LA SÛRETÉ</b> Vérification CRPQ <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province/État, pays (si autre que Canada), code postal)	
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)
Date de naissance	N° de permis général d'explosifs - Particulier, si applicable
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fonction dans l'entreprise, si mandataire
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Administrateur <input type="checkbox"/> Mandataire	
<b>RÉSERVÉ À LA SÛRETÉ</b> Vérification CRPQ <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous avez joint une ou des feuilles supplémentaires énumérant d'autres personnes	

Le formulaire rempli doit être transmis au Bureau du contrôle des armes à feu et des explosifs par la poste, par télécopieur ou par courriel. Toutes les coordonnées se trouvent dans l'en-tête et le pied de page du présent formulaire. Lors de l'envoi par courriel, l'adresse de l'expéditeur du courriel doit être celle du représentant de l'entreprise.

Signature du représentant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_