

FORMULAIRE DE SOUMISSION POUR LE TEST ADN FAMILIAL

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer par courriel, télécopieur ou courrier au contact indiqué ci-dessus.

Un collaborateur du service clientèle organisera des rendez-vous nécessaires. Veuillez noter, zones ombrées sont pour l'usage de Wfg seulement.

Date de soumission:	Nom du déposant:	Téléphone du déposant:	Courriel du déposant:
L'agence (p.e.: ambassade, consulat, Bureau de CIC)		Nº du dossier de l'agence:	Wfg File #:

TEST ADN REQUIS:

Paternité Maternité Frère Demi-frère Autre: _____

LES INFORMATIONS POUR DONNEUR #1

Prénom(s):	Nom de famille:			Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
Rôle:	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____			
Date de naissance: (yyyy/mm/dd)	Adresse civique:			
Case postale:	Ville:	Province:	Pays:	Code postal:
Adresse courriel:	Informations supplémentaires:			Nº de téléphone:
Wfg use only:	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

LES INFORMATIONS POUR DONNEUR #2

Prénom(s):	Nom de famille:			Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
Rôle:	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____			
Date de naissance: (yyyy/mm/dd)	Adresse civique:			
Case postale:	Ville:	Province:	Pays:	Code postal:
Adresse courriel:	Informations supplémentaires:			Nº de téléphone:
Wfg use only:	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

Important: En soumettant des éléments à Wfg pour les tester, vous acceptez les conditions d'utilisation des tests. Ces conditions peuvent être consultées à www.wyndhamforensic.ca.
 Title: Relationship DNA Test Submission Form - FRENCH | Designation and Version: FW-ADM-59.3 | Authorized: Quality Manager | Effective: October 27, 2025

(Two- sided form)

LES INFORMATIONS POUR DONNEUR #3

Prénom(s):	Nom de famille:			Sexe:
				<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
Rôle:				
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____				
Date de naissance: (yyyy/mm/dd)	Adresse civique:			
Case postale:	Ville:	Province:	Pays:	Code postal:
Adresse courriel:	Informations supplémentaires:			Nº de téléphone:
Wfg use only:	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

LES INFORMATIONS POUR DONNEUR #4

(VEUILLEZ UTILISER UN DEUXIÈME FORMULAIRE S'IL Y A D'AUTRES DONNEURS)

Prénom(s):	Nom de famille:			Sexe:
				<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
Rôle:				
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____				
Date de naissance: (yyyy/mm/dd)	Adresse civique:			
Case postale:	Ville:	Province:	Pays:	Code postal:
Adresse courriel:	Informations supplémentaires:			Nº de téléphone:
Wfg use only:	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

LE DÉPOSANT AUTORISE WFG À ENVOYER UNE COPIE DU RAPPORT À: DESTINATAIRE(S) DU RAPPORT

Nom:	Courriel:
Nom:	Courriel:

INFORMATIONS DE PAIEMENT:

- Chèque ou mandat-poste cerifié payable à Wyndham Forensic Group
- Virement bancaire (Nº du dossier de l'agence et de Wfg doivent être inclus)
- Virement interac envoyez à admin@wyndhamforensic.ca (Nº du dossier de l'agence et de Wfg doivent être inclus)
- Payez avec carte de crédit – par le biais de la facture émise par Wfg

* Des frais administratifs s'appliqueront si cette demande est annulée à tout moment avant le test ADN.