Fisheries and Oceans Canada | Pêches et Océans Canada | Canada

2026 PECHE RECREATIVE DU POISSON DE FOND
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR
Demande de désignation d'un remplaçant pour cause d'invalidité (instructions)

Veuillez remplir le formulaire de demande et le retourner par courriel à **NL-TN.Licensing@dfo-mpo.gc.ca**
NOTA: le document de désignation approuve vous sera renvoyé par courriel; vous DEVEZ donné indiquer une adresse électronique de retour dans la présente demande. Si vous ne fournissez pas d'adresse électronique, le traitement de votre demande pourrait être retarde.

Veuillez révoir un délai de 10 jours ouvrables pour le traitement de votre demande

Partie 1 : Renseignements concernant le demandeur (personne en situation de handicap)
- Si vous avez obtenu une désignation en 2025, ou dans les années précédentes, indiquez votre numéro de désignation pour accélérer le traitement de votre demande.
- Si vous n'avez pas présente une demande de désignation en 2025, ou dans les années précédentes, vous devez fournir votre adresse complète.

Partie 2 : Renseignements concernant le remplaçant désigné et déclaration
- Indiquez le numéro de la personne désignée pour accélérer le traitement de votre demande.
- Si vous n'avez pas présente une demande de désignation en 2025, ou dans les années précédentes, vous devez fournir votre adresse complète.
- Une seule personne peut être désignée pour pêcher pour un seul demandeur à la fois pendant la période spécifiée sur la lettre de désignation pour invalidité.

Veuillez conserver votre numéro et celui de la personne désignée pour accélérer le traitement de vos futures demandes.

Partie 3 : Enounce de confidentialité

Partie 4: Confirmation médicale
**Nota: Les demandeurs pour lesquels le MPO a déjà approuvé la partie 4 du formulaire de désignation d'un remplaçant ne sont pas tenus de remplir la partie 4.*
- Les désignations ne seront approuvées que dans les cas d'incapacité permanente (consulter la partie 4).
- La partie 4 doit être remplie par un médecin (ou infirmier praticien) pour une incapacité physique permanente ou par un optométriste pour une incapacité visuelle permanente. La partie 4 peut être remplacée par un document distinct attestant de l'incapacité, signe par un médecin (ou infirmier praticien) pour une incapacité physique permanente ou par un optométriste pour une incapacité visuelle permanente déclarant la même incapacité.

Fisheries and Oceans Canada | Pêches et Océans Canada | Canada

2026 Demande de désignation d'un remplaçant pour cause d'invalidité

Partie 1 : Renseignements concernant le demandeur (personne en situation de handicap)	
Nom complet:	Date de naissance:
Avez-vous reçu une désignation de handicap précédente? Oui ☐ Non ☐	
Si Oui, indiquez le numéro : (facultatif)	
Adresse électronique (**obligatoire**):	
Signature du demandeur (**obligatoire**):	Date:
Coordonnées (remplissez si vous êtes nouveau ou si vos coordonnées ont changé)	
Adresse:	
Numéro de telephone:	

Part 2 : Renseignements concernant le remplaçant désigné (personne a désigné)	
Nom du remplaçant désigné:	Date de naissance:
DFIN #:	
Adresse électronique (**obligatoire**):	
Signature du remplaçant désigné (**obligatoire**):	Date:
Coordonnées (remplissez si vous êtes nouveau ou si vos coordonnées ont changé):	
Adresse:	
Numéro de telephone:	

Partie 3 : Enounce de confidentialité
En signant le présent formulaire, le demandeur et le remplaçant désigné comprennent et conviennent que les renseignements sont recueillis en vertu de la loi sur les pêches afin que soit délivrée une désignation de remplaçant pour cause d'invalidité pour la pêche récréative du poisson de fond, conformément au fichier de renseignements personnels MPO PPU 415 (Pêches récréatives, sportives et en eaux canadiennes règlementées à l'échelle nationale).

Partie 4 : Confirmation médicale (à compléter par un médecin ou infirmier praticien)	
Les désignations ne sont approuvées que dans les cas d'incapacité permanente. J'ai examiné le demandeur et je certifie par la présente que le demandeur (marquer d'un X) : ____ a une incapacité physique permanente au niveau des membres inférieurs qui entrave fortement sa mobilité, de sorte que le demandeur est incapable de marcher sur une distance de plus de 50 mètres sans l'aide d'une canne ou d'une autre aide, et qu'il est incapable de monter à bord d'une embarcation pour participer à la pêche récréative du poisson de fond; ____ a perdu de façon permanente l'usage de ses membres supérieurs (mains/bras) de sorte qu'il est incapable de participer à la pêche récréative du poisson de fond; ____ même avec la meilleure correction possible, voit moins bien à une distance de 20 pieds qu'une personne ayant une vision normale a une distance de 200 pieds (20/200), ou à un diamètre apparent de champ de vision dans chaque œil inférieur à 20 degrés.	
Non du médecin (lettres moulées):	Numéro de téléphone de cabinet:
Signature du médecin:	Date: