|  |  |
| --- | --- |
|  | Demande de repiquage |
|  |
| Identification du dossier |
| Numéro de dossier du Tribunal : |       |
| Nom, prénom, matricule : |       |
| Date(s) de l’audience : |       |
|  |
| Identification du demandeur |
| [ ]  Avocat | [ ]  Autre | [ ]  Agent de la paix se représentant seul |
| Nom : |       | Prénom : |       |
| Coordonnées personnelles ou professionnelles |
| Nom du cabinet : |       |
| Adresse :  |       |
| Ville : |       | Code postal :  |       |
| No. téléphone : |       | Courriel : |       |
|  |
| Identification de l’adresse de facturation  |
| Cochez ici si l’adresse personnelle ou professionnelle est la même que celle de la facturation. | [ ]  |
| Nom du cabinet : |       |
| Adresse :  |       |
| Ville : |       | Code postal :  |       |
| No. téléphone : |       | Courriel : |       |
|  |
| Demande de repiquage |
| [ ] [ ]  | Audience complèteAudience partielle | [ ]  Au fond | [ ]  Sur sanction | [ ]  Requête |
| [ ]  | Date(s) spécifique(s) |       |
| [ ]  | Témoignage(s) en particulier |       |
|  |
| Signature du demandeur |
| Nom : |       | Prénom : |       |
| Signature : |  | Date (AAAA-MM-JJ) |       |
| **La transmission du formulaire par voie électronique fait office de signature.****Des frais peuvent être applicables.** |
|  |
| Veuillez faire parvenir le formulaire au Tribunal administratif de déontologie policière en utilisant le service de dépôt en ligne disponible sur notre site internet. |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |