



## DEMANDE D'AUTO-EXCLUSION

Je, \_\_\_\_\_, atteste lire et comprendre la langue française ou j'ai eu recours à un interprète pour m'en faire la lecture et m'expliquer ce formulaire.

En signant ce formulaire, je fais la demande volontaire d'être exclus de toutes les activités de jeu du Grand Royal Wôlinak. Je comprends que ma demande d'auto-exclusion volontaire prendra effet immédiatement.

Pour les fins de mon auto-exclusion volontaire, j'ai volontairement fourni des renseignements personnels et deux (2) pièces d'identité émises par le gouvernement (ci-jointe) et j'ai accepté de me faire photographier (ci-jointe). Je certifie que les informations que j'ai fournies sont complètes, véridiques et exacts. Je comprends et j'accepte que mon auto-exclusion volontaire sera effective à partir de la date à laquelle cette demande d'auto-exclusion sera complétée et que la période pour laquelle je serai auto-exclus est déterminée comme suit:

- 6 mois
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans

Je comprends et j'accepte que mon auto-exclusion volontaire ne prendra pas fin automatiquement. Après que la période appropriée de temps soit écoulée, comme indiqué ci-dessus, je peux demander que le Grand Royal Wôlinak mette fin à mon auto-exclusion volontaire en soumettant une Demande de Révocation. Cette demande de révocation est disponible sur le site internet du GRW et à l'accueil de l'établissement. Je ne serai autorisé à reprendre les activités de jeux au Grand Royal Wôlinak quand et si ma demande est approuvée au préalable.

Je comprends et j'accepte que, pour aussi longtemps que mon auto-exclusion volontaire demeure en vigueur, je ne suis pas autorisé à accéder au Grand Royal Wôlinak. Je comprends également et accepte que la direction, ainsi que le personnel du Grand Royal Wôlinak doivent m'empêcher d'accéder ou me retirer de l'établissement et j'accepte qu'ils puissent prendre toutes les mesures raisonnables de le faire.

Signé le \_\_\_\_\_ (Date) À \_\_\_\_\_ (Ville)

\_\_\_\_\_  
**Signature du demandeur**

\_\_\_\_\_  
**Signature du témoin**

\_\_\_\_\_  
**Nom du demandeur**  
en LETTRE MOULÉE

\_\_\_\_\_  
**Nom du témoin**  
en LETTRE MOULÉE



[Tapez ici]

## RENSEIGNEMENTS DU DEMANDEUR

1. NOM: \_\_\_\_\_

2. Utilisez-vous un ou plusieurs autres noms? OUI \_\_\_\_ NON \_\_\_\_

SI OUI, ÉNUMÉREZ-LES CI-DESSOUS :

\_\_\_\_\_

3. ADRESSE :

\_\_\_\_\_  
(Numéro de porte et d'appartement)(Rue)(Ville)(Province) (Pays) (Code postal)

4. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENTIEL: \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE: \_\_\_\_\_

5. ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_

6. DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Jour)

(Mois)

(Année)

7. GENRE: HOMME  FEMME  AUTRE(spécifié) : \_\_\_\_\_

8. COULEUR DES YEUX \_\_\_\_\_ COULEUR DES CHEVEUX \_\_\_\_\_

9. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_

10. JOINDRE UNE PHOTOCOPIE RECTO-VERSO DE DEUX CARTES D'IDENTITÉ AVEC PHOTO DÉLIVRÉ GOUVERNEMENT. (EX : PERMIS DE CONDUIRE, CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CERTIFICAT DE STATUT INDIEN) :