Ontario

Ministère des Richesses naturelles

Demande d'exemption de la pénalité pour défaut de présenter un rapport sur les activités de chasse

Renseignements sur l'admissibilité

Ce formulaire permet à un chasseur de demander une exemption de la pénalité pour défaut de présenter un rapport sur les activités de chasse en raison d'une maladie ou d'une blessure, ou lorsqu'un chasseur qui chassait avec un pourvoyeur a soumis son rapport, mais que ce pourvoyeur n'a pas fourni le rapport rempli au Ministère.

Une demande d'exemption en raison d'**une blessure ou une maladie ne sera prise en considération que lorsqu'elle a frappé d'incapacité le chasseur (demandeur) et l'a empêché de soumettre son rapport**. Aux fins de la présente politique, le ministère définit « frappé d'incapacité » le fait pour le chasseur d'avoir souffert d'une maladie ou d'être atteint d'une blessure au moins 24 heures avant la date limite de déclaration et qui l'aurait empêché de soumettre son rapport sur les activités de chasse par téléphone ou en ligne. Parmi les exemples de maladies ou de blessures qui peuvent s'appliquer dans ce contexte, mentionnons une maladie ou une blessure qui a nécessité une hospitalisation pendant les 24 heures précédant la date limite, comme une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou une affection entraînant un coma. Les maladies ou les blessures qui **ne satisfont pas** aux critères d'octroi d'une exemption comprennent (sans s'y limiter) une intervention chirurgicale prévue en consultation externe, un ou plusieurs os cassés n'entraînant pas d'hospitalisation, la grippe ou le SRAS-CoV-2 ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Les chasseurs ne seront pas admissibles à une exemption de la pénalité pour défaut de présenter un rapport sur les activités de chasse lorsque cette pénalité est imposée en raison de la présentation d'un rapport en retard ou incomplet. Un chasseur ne se verra généralement pas accorder une exemption s'il ne s'est pas conformé plusieurs fois de suite à l'obligation de soumettre des rapports pour la même espèce. Cela ne signifie pas nécessairement au cours d'années consécutives.

Instructions pour remplir le formulaire

Tous les renseignements doivent être lisibles et complets, sinon la demande d'exemption sera refusée. Les sections 1, 2 et 4 sont obligatoires. La section 3 ne doit être remplie que si vous avez chassé avec un pourvoyeur touristique qui n'a pas soumis votre rapport sur les activités de chasse rempli au ministère des Richesses naturelles (MRN). La section 5 doit être remplie et signée par un médecin si votre demande est attribuable à une maladie ou à une blessure qui vous a frappé d'incapacité à la date limite de présentation du rapport.

Le formulaire rempli doit être soumis d'ici le :

- Par courriel à : MNRFLicensing@ontario.ca

ou

- Par la poste à : Ministère des Richesses naturelles
  Section des permis et des services à la clientèle
  Aux soins de : Rapports sur les activités de chasse
  300, rue Water, 5 North
  Peterborough ON K9J 3C7

Avis de collecte de renseignements personnels

Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de 1997 sur la conservation du poisson et de la faune, L. O. 1997* et seront utilisés aux fins de délivrance de permis, d'identification, d'application de la loi, de gestion des ressources et d'enquêtes sur le service à la clientèle. Bien que certains des renseignements personnels puissent être stockés à l'extérieur du Canada et soient assujettis aux lois du territoire où ils sont stockés, les entreprises privées liées par contrat chargées de fournir les services de délivrance de permis sont tenues aux termes de ce contrat de se conformer à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* de l'Ontario en ce qui concerne les renseignements personnels dont elles ont la garde. Pour obtenir des renseignements sur les pratiques de collecte, communiquez avec : Gestionnaire, Section des permis et des services à la clientèle, Direction des services de gestion de la pêche et de la faune, ministère des Richesses naturelles de l'Ontario, 300, rue Water, Peterborough ON K9J 8M5. 1-800-387-7011.

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Section 1 – Renseignements sur le chasseur

Nom du chasseur

Nom de famille *	Prénom *	Initiale du second prénom

Carte Plein air *	Date de naissance (aaaa/mm/jj) *
708158	

Numéro de téléphone * poste	Numéro de téléphone cellulaire	Courriel

Adresse postale

Numéro de bureau	Numéro de rue *	Nom de la rue *	Case postale

Ville/municipalité *	Province/État *	Code postal/ZIP *

Section 2 – Demande d'exemption

Année du rapport * _____

Demande d'exemption (de l'obligation de soumettre un rapport) : *

- ☐ Rapport printanier de chasseur de dindons sauvages
- ☐ Rapport automnal de chasseur de dindons sauvages
- ☐ Rapport de détenteur d'étiquette de wapiti
- ☐ Rapport de chasseur de chevreuils
- ☐ Rapport de chasseur d'ours noir résidents
- ☐ Rapport printanier de chasseur d'ours noirs non-résidents
- ☐ Rapport automnal de chasseur d'ours noirs non-résidents
- ☐ Rapport de chasseur d'orignaux
- ☐ Rapport de détenteur d'étiquette d'orignal résident — pourvoyeur touristique
- ☐ Rapport de chasseur d'orignaux non résident — pourvoyeur touristique
- ☐ Rapport de détenteur d'étiquette de loup/coyote

Raison de la demande d'exemption

Sélectionnez **une réponse** et remplissez la section 3 ou la section 5 au besoin.*

- ☐ Maladie ou blessure – Le médecin doit remplir la **section 5** (les coûts sont à la charge du demandeur)
- ☐ Défaut de soumettre le rapport sur les activités de chasse rempli – Le demandeur doit remplir la **section 3**

Section 3 – Attestation du pourvoyeur

L'attestation doit être remplie uniquement par les chasseurs qui demandent une exemption parce qu'un pourvoyeur n'a pas fourni son rapport rempli au MRN.

☐ J'atteste avoir soumis mon rapport sur les activités de chasse dûment rempli au pourvoyeur avec lequel je chassais. *

Nom de la pourvoyeur *

Dates de chasse avec le pourvoyeur *	Unité de gestion de la faune dans laquelle vous avez chassé *

Section 4 – Signature

Toute fausse déclaration dans ce formulaire peut entraîner un refus de délivrance d'un permis de chasse à l'avenir.

☐ Je, soussigné(e), déclare que les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts et je sais que la présente déclaration est exécutoire. *

Signature du demandeur *	Date (aaaa/mm/jj) *

Section 5 – Renseignements sur le médecin

À remplir par le médecin seulement lorsqu'un chasseur demande une exemption en raison d'une maladie ou d'une blessure.

Le MRN reconnaît qu'il peut y avoir des problèmes médicaux qui empêchent un chasseur de remplir le ou les rapports sur les activités de chasse requis dans les délais prescrits. Remplissez ce qui suit seulement si le demandeur a été atteint d'une maladie ou d'une blessure qui l'a frappé d'incapacité et l'a empêché de soumettre un bref rapport sur les activités de chasse par téléphone, téléphone intelligent ou ordinateur. Les conditions pour lesquelles une exemption de la pénalité sera accordée comprennent une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou d'autres conditions entraînant l'hospitalisation du demandeur ou qui ont causé, de quelque autre façon, son incapacité de présenter un rapport sur les activités de chasse par les moyens susmentionnés. Aucune exemption ne sera accordée pour des conditions comme un rhume, la grippe ou le SRAS-CoV-2 n'ayant pas entraîné une hospitalisation. Vous n'êtes pas tenu de connaître les dates limites de présentation du rapport sur les activités de chasse, mais êtes seulement appelé à fournir des renseignements sur la maladie ou la blessure et les dates auxquelles le chasseur en a souffert.

_____
(Nom du patient)

n'a pas été en mesure de remplir le rapport sur les activités de chasse requis pour la ou les raisons suivantes :

_____ , qui a frappé d'incapacité le demandeur de
(blessure ou maladie importante ou affection entraînant une hospitalisation)

_____ à _____ et l'a empêché de respecter la date limite fixée pour la présentation du rapport .
(Date de début – aaaa/mm/jj) (Date de fin - aaaa/mm/jj)

☐ Je, soussigné(e), déclare que les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts et je sais que la présente déclaration est exécutoire. *

Signature du médecin *	Date (aaaa/mm/jj) *

Nom du médecin

Nom de famille *	Prénom *	Initiale du second prénom

Numéro de téléphone *	poste	Numéro de téléphone cellulaire	Courriel	Numéro du Registre *

Adresse postale

Numéro de bureau	Numéro de rue *	Nom de la rue *	Case postale

Ville/municipalité *	Province/État *	Code postal/ZIP *

Sauvegarder Imprimer Effacer