



GRAND QUARTIER GÉNÉRAL
Service de l'accès et de la protection de l'information
1701, rue Parthenais, UO 1510
Montréal (Québec) H2K 3S7

3 mars 2020

Notre référence : 2001 378

OBJET : *Votre demande en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (c. A-2.1) concernant des formulaires.*

Monsieur,

Nous avons effectué l'étude de votre demande, reçue le 27 janvier 2020, qui visait à obtenir des formulaires vierges suivants :

1. *SQ-o-013;*
2. *SQ-o-411;*
3. *Rapport SAGIR;*
4. *F-411.*

Nous vous transmettons les formulaires repérés, soit le « Rapport circonstancié décrivant la poursuite policière » (SQ-o-013), « Formulaire Rédaction » (SQ-o-411) et « Rapport SAGIR ».

Quant au formulaire « F-411 », nous vous informons que celui-ci n'existe pas puisqu'il s'agit du même formulaire que le « SQ-o-411 ».

Vous trouverez, ci-joint, l'avis relatif au recours en révision prévu à la section III du chapitre IV de la *Loi sur l'accès*.

Veillez agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

Original signé

Émilie Roy
Responsable de l'accès aux documents
et de la protection des renseignements personnels

EMPLOI DE LA FORCE

NUMÉRO D'ÉVÈNEMENT

NOTE : LA CHRONOLOGIE ET LA DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES ÉLÉMENTS INDIQUÉS SE RETROUVENT DANS LE RAPPORT D'ÉVÈNEMENT (SQ-O-400) ET DANS LE RAPPORT RÉDACTION (SQ-O-411).

MOTIF DE L'EMPLOI DE LA FORCE

SUJET OFFRE UNE RÉSISTANCE À UNE ARRESTATION / DÉTENTION

INTERROMPRE UN COMPORTEMENT POTENTIELLEMENT DANGEREUX POUR POLICIER / SUJET / AUTRUI

AUTRE MOTIF :

DESCRIPTION DE LA SITUATION

NATURE DE L'ÉVÈNEMENT DATE (aaaa-mm-jj) HEURE (hh:mm)

ADRESSE / MILIEU (EX. : RÉSIDENTIEL / INDUSTRIEL / COMMERCIAL / RURAL / URBAIN)

ENVIRONNEMENT LORS DE L'EMPLOI DE LA FORCE (EX. : CUISINE / BALCON / TOIT / ESCALIER / RUELLE / BORDURE DE ROUTE / DANS VÉHICULE / CELLULE)

INTÉRIEUR CLARTÉ LUMIÈRE ARTIFICIELLE PLUIE VENT FAIBLE

EXTÉRIEUR PÉNOMBRE ENSOLEILLÉ NEIGE VENT FORT

OBSCURITÉ NUAGEUX GLACE AUTRE :

TEMPÉRATURE (celsius)

SUJET PRINCIPAL IMPLIQUÉ (PERÇU AU MOMENT DE L'INTERVENTION)

NOM PRÉNOM DDN (aaaa-mm-jj) ÂGE (approximatif)

SEXE M F TAILLE (m) POIDS (kg) RACE

INCONNUE BLANCHE

NOIRE ASIATIQUE

AUTOCHTONE ORIENTALE

LATINO-AMERICAINE AUTRE

ARABE

FACTEUR PHYSIQUE PARTICULIER (EX. : BLESSURE / SANG / HANDICAP) CONNAISSANCE PARTICULIÈRE (EX. : COMBAT / ARMES / GANG) SUJET CONNU PAR LE POLICIER ARRESTATION

OUI NON INCONNUE OUI NON

ANTÉCÉDENT EN SANTÉ MENTALE OUI NON INCONNUE

INTOXIQUÉ OUI NON INCONNUE SOUS L'EFFET DE NIVEAU D'INTOXICATION

ALCOOL DROGUE MÉDICAMENT AUTRE INCONNUE FAIBLE MODÉRÉ ÉLEVÉ

PLUS D'UN SUJET IMPLIQUÉ (NOMBRE ESTIMÉ)

COMPORTEMENT DU SUJET

COOPÉRATION RÉSISTANCE ACTIVE AGRESSION LÉSIONS CORPORELLES GRAVES OU LA MORT

RÉSISTANCE PASSIVE - REFUS VERBAL RÉSISTANCE PASSIVE - INERTIE PHYSIQUE L'ACTION EST DIRIGÉE VERS

FUITE OBJET LUI-MÊME POLICIER AUTRUI AUTRE

NATURE DE L'AGRESSION PHYSIQUE POUSSÉE COUP (EX. : DE POING) ÉTRANGLEMENT AMENÉE SOL AUTRE

PRÉSENCE / ACCÈS À DES ARMES ARME UTILISÉE PAR SUJET

DANS LES MAINS DU SUJET SUR LE SUJET SUR LES LIEUX AUCUNE ARME VISIBLE OUI NON

TYPE D'ARME DANS LES MAINS, SUR, PRÈS OU UTILISÉ PAR LE SUJET ARME À FEU POINTU / TRANCHANT AUTRE ARME / OBJET

COUTEAU CONTONDANT / BÂTON

SIGNES D'AGRESSION ÉVENTUELLE DU SUJET / INDICES DE MENACE S.O.

DÉCHARGE ÉMOTIONNELLE ADOPTION D'UNE POSTURE / GESTES MENAÇANTS DISSIMULATION MAIN / OBJET REFUS D'OPTEMPÉRER

VERBALISATION AGRESSIVE / MENAÇANTE ARRÊT SOUDAIN DE TOUT MOUVEMENT / REGARD FIXE QUESTIONNEMENT RÉPÉTITIF PROPOS SUICIDAIRES

REPOSITIONNEMENT MENAÇANT DU / DES SUJETS INVASION DE L'ESPACE SÉCURITAIRE DU POLICIER CHERCHE BARRICADE / FUITE AUTRE SIGNE / INDICE

COMPORTEMENTS POUVANT S'APPARENTER AU SYNDROME DE DÉLIRE AGITÉ (SDA) À CONSIDÉRER COMME UNE URGENCE MÉDICALE

EXTRÊMEMENT VIOLENT / AGRESSIF ATTIRÉ PAR LA LUMIÈRE VIVE / PAR UN SON FORT SUDATION EXCESSIVE SEMBLE INFATIGABLE

EN ACTIVITÉ PHYSIQUE CONSTANTE OU PRESQUE NU / HABILLÉ DE MANIÈRE INAPPROPRIÉE PROPOS INCOHÉRENT / CRI / GROGNEMENT D'ANIMAUX

INDIFFÉRENT À LA PRÉSENCE / ORDRE DU POLICIER TENTE DE SE REFROIDIR / CHAUD AU TOUCHER TRÈS TOLÉRANT / INSENSIBLE À LA DOULEUR

ATTIRÉ / DÉTRUIT VERRE, SURFACE RÉFLÉCHISSANTE RESPIRATION RAPIDE / EXCESSIVE / HALÈTEMENT FORCE SURHUMAINE

TENTATIVE DE DÉSARMEMENT SUR LE POLICIER S.O.

ARME CIBLÉE (EX. : ARME À FEU, AIE, BÂTON, AÉROSOL) L'ARME ÉTAIT TECHNIQUE RÉTENTION D'ARME EFFECTUÉE PAR LE POLICIER

À L'ÉTUI DU POLICIER OUI NON

À LA MAIN DU POLICIER POLICIER DÉSARMÉ OUI NON

AILLEURS REPRISE DE L'ARME PAR LE POLICIER OUI NON

CONSIDÉRATIONS TACTIQUES

PRÉSENCE POLICIÈRE / IDENTIFICATION NOMBRE REPOSITIONNEMENT TACTIQUE BARRICADE / COUVERTURE UTILISÉE (EX. : VÉHICULE)

UNIFORME CIVIL OUI NON OUI NON

DEMANDE DE RENFORT DEMANDE ESCOUADE / ÉQUIPEMENT SPÉCIALISÉ (EX. : GTI)

OUI NON

COMMUNICATION S.O.

APAISEMENT VERBAL TENTÉ NÉGOCIATION ORDRE FORMEL

OPTIONS D'EMPLOI DE LA FORCE POLICIÈRE

CONTRÔLE PHYSIQUE LÉGER S.O.

CONTACT INITIAL TECHNIQUE D'ESCORTE (NON MENOTTÉ / MENOTTÉ) CONTRÔLE ARTICULAIRE POINT DE PRESSION AUTRE

PUISSANT S.O.

FRAPPE (EX. : COUP DE POING) PRÉCISEZ LA TECHNIQUE DE FRAPPE UTILISÉE ENDROIT VISÉ :

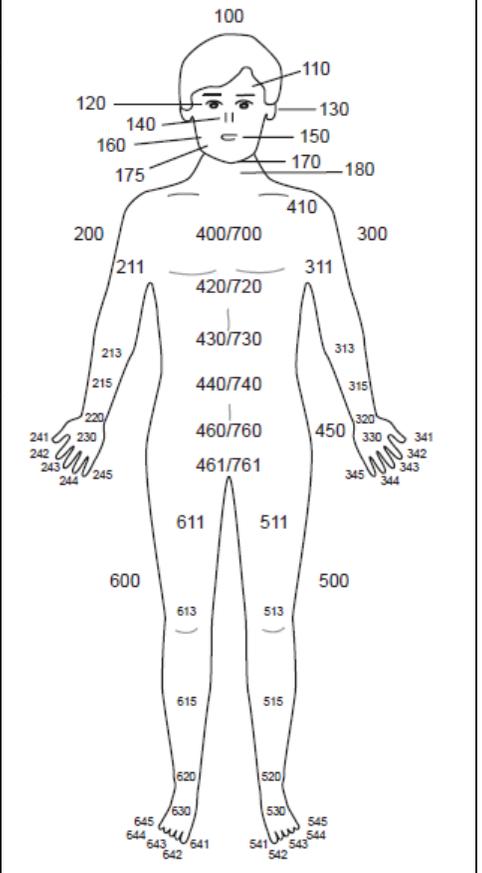
AMENÉE AU SOL (EX. : PROJECTION / FAUCHAGE / TRAVAIL EN ÉQUIPE) CONTRÔLE PAR L'ENCOLURE AUTRE SI TRAVAIL EN ÉQUIPE (NOMBRE DE POLICIERS IMPLIQUÉS)

AÉROSOL CAPSIQUE				<input type="checkbox"/> S.O.
NUMÉRO DE SÉRIE : MARQUE : MODÈLE :		DISTANCE ESTIMÉE (m)	NOMBRE ESTIMÉ DE JETS	NOMBRE ESTIMÉ DE SECONDES
MODE D'UTILISATION <input type="checkbox"/> CONTRÔLE <input type="checkbox"/> DÉFENSIF		NOMBRE SUJETS VISÉS	ENDROIT VISÉ : ATTEINT :	CONTAMINATION INVOLONTAIRE <input type="checkbox"/> POLICIER <input type="checkbox"/> AUTRE (EX. : citoyen)
EFFET DU PRODUIT <input type="checkbox"/> EFFICACE <input type="checkbox"/> INEFFICACE	RÉACTION DU SUJET <input type="checkbox"/> IMMÉDIATE <input type="checkbox"/> MAINS AU VISAGE <input type="checkbox"/> RETARDEMENT <input type="checkbox"/> TOUSSOTEMENT	<input type="checkbox"/> FERME LES YEUX <input type="checkbox"/> CLIGNE DES YEUX	<input type="checkbox"/> DEVIENT PLUS COMBATIF <input type="checkbox"/> DEVIENT MOINS COMBATIF	<input type="checkbox"/> SOUMISSION <input type="checkbox"/> AUTRE
SI INEFFICACE, CAUSE PROBABLE <input type="checkbox"/> CONDITION CLIMATIQUE (EX. : VENT) <input type="checkbox"/> ÉTAT DU SUJET <input type="checkbox"/> ZONE NON ATTEINTE <input type="checkbox"/> DÉFECTUEUX <input type="checkbox"/> AUTRE				
DÉCONTAMINATION <input type="checkbox"/> AU POSTE <input type="checkbox"/> SUR LES LIEUX <input type="checkbox"/> NON EFFECTUÉE <input type="checkbox"/> NON-REQUISE		HEURE (hh:mm)	COMPORTEMENT DU SUJET LORS DE LA DÉCONTAMINATION <input type="checkbox"/> COLLABORE <input type="checkbox"/> REFUSE <input type="checkbox"/> AUTRE	

BÂTON				<input type="checkbox"/> S.O.
TYPE DE BÂTON <input type="checkbox"/> BÂTON TÉLÉSCOPIQUE <input type="checkbox"/> BÂTON DE 36 POUCHES <input type="checkbox"/> AUTRE		MODE D'UTILISATION <input type="checkbox"/> BLOCAGE <input type="checkbox"/> FRAPPE <input type="checkbox"/> CONTRÔLE ARTICULAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE	ENDROIT VISÉ : ENDROIT ATTEINT :	EFFET <input type="checkbox"/> EFFICACE <input type="checkbox"/> INEFFICACE
SI FRAPPE, REMPLIR LES CHAMPS ENDROIT VISÉ ET ENDROIT ATTEINT				

ARME À IMPULSIONS ÉLECTRIQUES (AIE)				<input type="checkbox"/> S.O.
NUMÉRO DE SÉRIE DE L'AIE		AVIS VERBAL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DÉMONSTRATION <input type="checkbox"/> ARME <input type="checkbox"/> LASER <input type="checkbox"/> ARC ÉLECTRIQUE	
MODE D'UTILISATION <input type="checkbox"/> PROJECTION <input type="checkbox"/> PROJECTION / CONTACT <input type="checkbox"/> CONTACT		NEUTRALISATION NEURO MUSCULAIRE (NNM) <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL		EFFET <input type="checkbox"/> EFFICACE <input type="checkbox"/> INEFFICACE
JOINDRE LE RAPPORT DE TÉLÉCHARGEMENT DES DONNÉES AU RAPPORT D'ÉVÉNEMENT				
DISTANCE ESTIMÉE (m)	NOMBRE DE SONDAS AYANT ATTEINT LE SUJET	UNE DES DEUX SONDAS A ATTEINT LA RÉGION DU CŒUR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
NOMBRE DE CARTOUCHES UTILISÉES	NOMBRE DE CYCLES	DURÉE POUR CHAQUE CYCLE (seconde)		
NUMÉRO(S) DE SÉRIE DE(S) CARTOUCHE(S)	SUJET TRANSPORTÉ À L'HÔPITAL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, REMPLIR LE CHAMP PERSONNE BLESSÉE / ÉVALUATION MÉDICALE	RETRAIT DES SONDAS PAR <input type="checkbox"/> PERSONNEL MÉDICAL <input type="checkbox"/> TOMBÉES D'ELLES-MÊMES <input type="checkbox"/> AUTRE		
ANGLE DE VISÉE <input type="checkbox"/> DE FACE <input type="checkbox"/> DE DOS <input type="checkbox"/> DE CÔTÉ <input type="checkbox"/> AUTRE		PROJECTION SIMULTANÉE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		PROJECTION INVOLONTAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ENDROIT VISÉ						
ENDROIT(S) ATTEINT(S) PAR LES SONDAS						
100 TÊTE (GÉNÉRAL)	DROIT	BRAS	GAUCHE	DROITE	JAMBE	GAUCHE
<input type="checkbox"/> 110 FRONT	<input type="checkbox"/> 200	<input type="checkbox"/> 211 BRAS	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 500	
<input type="checkbox"/> 120 YEUX	<input type="checkbox"/> 213 COUDE	<input type="checkbox"/> 311	<input type="checkbox"/> 313	<input type="checkbox"/> 611 CUISSE	<input type="checkbox"/> 511	
<input type="checkbox"/> 130 OREILLES	<input type="checkbox"/> 215 AVANT-BRAS	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 613 GENOU	<input type="checkbox"/> 513	
<input type="checkbox"/> 140 NEZ	<input type="checkbox"/> 220 POIGNET	<input type="checkbox"/> 320	<input type="checkbox"/> 320	<input type="checkbox"/> 615 MOLLET	<input type="checkbox"/> 515	
<input type="checkbox"/> 150 BOUCHE	<input type="checkbox"/> 230 MAIN	<input type="checkbox"/> 330	<input type="checkbox"/> 330	<input type="checkbox"/> 620 CHEVILLE	<input type="checkbox"/> 520	
<input type="checkbox"/> 160 JOUE	<input type="checkbox"/> 241 POUCE	<input type="checkbox"/> 341	<input type="checkbox"/> 341	<input type="checkbox"/> 630 PIED	<input type="checkbox"/> 530	
<input type="checkbox"/> 170 MENTON	<input type="checkbox"/> 242 INDEX	<input type="checkbox"/> 342	<input type="checkbox"/> 342	<input type="checkbox"/> 641 GROS ORTEIL	<input type="checkbox"/> 541	
<input type="checkbox"/> 175 MÂCHOIRE	<input type="checkbox"/> 243 MAJEUR	<input type="checkbox"/> 343	<input type="checkbox"/> 343	<input type="checkbox"/> 642 ORTEIL	<input type="checkbox"/> 542	
<input type="checkbox"/> 180 COU	<input type="checkbox"/> 244 ANNULAIRE	<input type="checkbox"/> 344	<input type="checkbox"/> 344	<input type="checkbox"/> 643 ORTEIL	<input type="checkbox"/> 543	
	<input type="checkbox"/> 245 AURICULAIRE	<input type="checkbox"/> 345	<input type="checkbox"/> 345	<input type="checkbox"/> 644 ORTEIL	<input type="checkbox"/> 544	
	<input type="checkbox"/> 245 AURICULAIRE	<input type="checkbox"/> 345	<input type="checkbox"/> 345	<input type="checkbox"/> 645 PETIT ORTEIL	<input type="checkbox"/> 545	
	400 TRONC - DEVANT		700 TRONC - DOS			
	<input type="checkbox"/> 410 ÉPAULE		<input type="checkbox"/> 720 HAUT DU DOS			
	<input type="checkbox"/> 420 THORAX		<input type="checkbox"/> 730 MILIEU DU DOS			
	<input type="checkbox"/> 430 ABDOMEN		<input type="checkbox"/> 740 BAS DU DOS			
	<input type="checkbox"/> 440 TAILLE		<input type="checkbox"/> 760 FESSES			
	<input type="checkbox"/> 450 HANCHE		<input type="checkbox"/> 761 RECTUM			
	<input type="checkbox"/> 460 BASSIN					
	<input type="checkbox"/> 461 ORGANES GÉNITAUX					



ARME INTERMÉDIAIRE D'IMPACT À PROJECTILES (AIIP)				<input type="checkbox"/> S.O.
TYPE D'ARME		TYPE DE PROJECTILE	NOMBRE DE PROJECTILES	PROJECTION INVOLONTAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DISTANCE ESTIMÉE (m)	ENDROIT VISÉ		ENDROIT ATTEINT	EFFET <input type="checkbox"/> EFFICACE <input type="checkbox"/> INEFFICACE

IRRITANTS CHIMIQUES				<input type="checkbox"/> S.O.
TYPE D'IRRITANTS CHIMIQUES / QUANTITÉ / MOYEN DE PROJECTION UTILISÉ				PROJECTION INVOLONTAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> GRENADE À EXPULSION	QUANTITÉ :	<input type="checkbox"/> À LA MAIN	<input type="checkbox"/> AU FUSIL	
<input type="checkbox"/> GRENADE PYROTECHNIQUE	QUANTITÉ :			
<input type="checkbox"/> GRENADE PYROTECHNIQUE 3 CHARGES	QUANTITÉ :			
<input type="checkbox"/> EXPULSION À LA BOUCHE (FUSIL 37 MM)	QUANTITÉ :			
<input type="checkbox"/> AUTRES	QUANTITÉ :	<input type="checkbox"/> À LA MAIN	<input type="checkbox"/> AU FUSIL	

UNITÉ CANINE - CHIEN EN MODE APPRÉHENSION		<input type="checkbox"/> S.O.
ENDROIT ATTEINT		

ARME D'OPPORTUNITÉ			<input type="checkbox"/> S.O.
<input type="checkbox"/> ARME D'OPPORTUNITÉ (PRÉCISEZ) :	ENDROIT VISÉ	ENDROIT ATTEINT	

ARME À FEU					<input type="checkbox"/> S.O.
SUJET POINTÉ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	COUP DE FEU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MARQUE / MODÈLE	TYPE DE MUNITION	DISTANCE ESTIMÉE (m)	
POLICIER BARRICADÉ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	POLICIER EN MOUVEMENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENDROIT VISÉ	ENDROIT ATTEINT	NOMBRE DE COUPS DE FEU EFFECTUÉS	
COUP DE FEU EN GUISE D'AVERTISSEMENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		COUP DE FEU SUR UN VÉHICULE EN MOUVEMENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		COUP DE FEU INVOLONTAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SUIVI EFFECTUÉ PAR LE POLICIER				<input type="checkbox"/> S.O.
MENOTTES AUX POIGNETS <input type="checkbox"/> OUI - DEVANT <input type="checkbox"/> OUI - DERRIÈRE <input type="checkbox"/> NON		MENOTTES AUX POIGNETS VERROUILLÉES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MENOTTES AUX CHEVILLES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MENOTTES AUX CHEVILLES VERROUILLÉES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AUTRE CONTENTION (PRÉCISEZ) :			EXAMEN PHYSIQUE PRIMAIRE ET SECONDAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
SUJET FOUILLÉ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	TYPE DE FOUILLE <input type="checkbox"/> SOMMAIRE <input type="checkbox"/> COMPLÈTE <input type="checkbox"/> À NU	ARME / OBJET DANGEREUX TROUVÉ SUR LE SUJET <input type="checkbox"/> OUI (PRÉCISEZ) : <input type="checkbox"/> NON		
TRANSPORT EN VÉHICULE <input type="checkbox"/> CEINTURE DE SÉCURITÉ ATTACHÉE <input type="checkbox"/> POLICIER ASSIS À L'ARRIÈRE <input type="checkbox"/> SUJET OFFRE UNE RÉSISTANCE <input type="checkbox"/> SUJET COLLABORE				

PERSONNE BLESSÉE / ÉVALUATION MÉDICALE			<input type="checkbox"/> S.O.
PERSONNE BLESSÉE <input type="checkbox"/> SUJET IMPLIQUÉ <input type="checkbox"/> POLICIER <input type="checkbox"/> AUTRE (EX. : CITOYEN)	SOINS OFFERTS AU SUJET <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SUJET ACCEPTE LES SOINS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
PRÉCISEZ LES BLESSURES CONSTATÉES / PERTE DE CONSCIENCE		SUJET TRANSPORTÉ À L'HÔPITAL <input type="checkbox"/> AMBULANCIER <input type="checkbox"/> POLICIER <input type="checkbox"/> AUCUN TRANSPORT	
BLESSURE PRÉALABLE À L'INTERVENTION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	BLESSURE AUTOINFLIGÉE PAR LE SUJET <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SUJET TRANSPORTÉ À L'HÔPITAL POUR ÉVALUATION <input type="checkbox"/> PHYSIQUE <input type="checkbox"/> PSYCHOLOGIQUE <input type="checkbox"/> POSSIBILITÉ D'UN SDA	

POLICIER IMPLIQUÉ				
NOM / PRÉNOM	MATRICULE	UNITÉ	EXPÉRIENCE POLICIÈRE	DATE (aaaa-mm-jj)

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT			
NOM / PRÉNOM	MATRICULE	UNITÉ	DATE (aaaa-mm-jj)

RESPONSABLE DE L'UNITÉ			
NOM / PRÉNOM	MATRICULE	UNITÉ	DATE (aaaa-mm-jj)

ANALYSTE			
NOM / PRÉNOM	MATRICULE	UNITÉ	DATE (aaaa-mm-jj)

PILOTE			
NOM / PRÉNOM	MATRICULE	UNITÉ	DATE (aaaa-mm-jj)



RAPPORT CIRCONSTANCIÉ DÉCRIVANT LA POURSUITE POLICIÈRE

Remplir le formulaire à l'écran ou à la main

1. SÛRETÉ							
Nom du poste	Numéro d'événement (dossier principal)						
Nombre de véhicules ayant participé à la poursuite : SQ SM	Numéro de carte d'appel						
Dossier(s) secondaire(s) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, n ^o (s)							
2. VÉHICULES ET POLICIERS IMPLIQUÉS							
Véhicule poursuivi							
Type <input type="checkbox"/> moto <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> camion <input type="checkbox"/> fourgonnette <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____							
Immatriculation : _____	Marque : _____						
	Nombre d'occupants : _____						
Véhicule d'interception							
N ^o _____	Nom des policiers impliqués						
	A. _____ Matricule _____ Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/>						
	B. _____ Matricule _____ Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/>						
Véhicule de protection							
N ^o _____	Nom des policiers						
	A. _____ Matricule _____ Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/>						
	B. _____ Matricule _____ Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/>						
3. POURSUITE AUTOMOBILE OU POURSUITE À PIED							
Itinéraire de la poursuite							
De _____ h à _____ h	Distance parcourue _____ km						
Vitesse maximale nécessaire _____ km	Vitesse autorisée _____ km						
Présence de piétons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>							
Circulation	très faible <input type="checkbox"/> faible à moyenne <input type="checkbox"/> moyenne à dense <input type="checkbox"/> dense <input type="checkbox"/>						
Zone	scolaire <input type="checkbox"/> résidentielle <input type="checkbox"/> commerciale <input type="checkbox"/> industrielle <input type="checkbox"/> rurale <input type="checkbox"/> site de construction <input type="checkbox"/>						
Période	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>						
État du chemin	éclairé <input type="checkbox"/> non éclairé <input type="checkbox"/>						
Temps	clair <input type="checkbox"/> nuageux <input type="checkbox"/> brumeux <input type="checkbox"/> pluie <input type="checkbox"/> grésil <input type="checkbox"/> neige <input type="checkbox"/>						
Chaussée (type)	béton <input type="checkbox"/> asphalte <input type="checkbox"/> gravier <input type="checkbox"/> terre <input type="checkbox"/>						
État de chaussée	sèche <input type="checkbox"/> mouillée <input type="checkbox"/> enneigée <input type="checkbox"/> glacée <input type="checkbox"/> boueuse <input type="checkbox"/>						
4. INFRACTIONS							
Motif à l'origine de la poursuite (cochez une seule case)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1) C. cr. - contre la personne <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">4) CSR <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2) C. cr. - contre la propriété <input type="checkbox"/></td> <td>5) Infractions autres lois <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3) C. cr. - autres crimes <input type="checkbox"/></td> <td>6) Autres motifs (précisez) <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1) C. cr. - contre la personne <input type="checkbox"/>	4) CSR <input type="checkbox"/>	2) C. cr. - contre la propriété <input type="checkbox"/>	5) Infractions autres lois <input type="checkbox"/>	3) C. cr. - autres crimes <input type="checkbox"/>	6) Autres motifs (précisez) <input type="checkbox"/>
1) C. cr. - contre la personne <input type="checkbox"/>	4) CSR <input type="checkbox"/>						
2) C. cr. - contre la propriété <input type="checkbox"/>	5) Infractions autres lois <input type="checkbox"/>						
3) C. cr. - autres crimes <input type="checkbox"/>	6) Autres motifs (précisez) <input type="checkbox"/>						
Accusations criminelles déposées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	(Légende: T = tentative) T T T T						
Codes d'événement (MIP)	_____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>						
Dossier principal et dossier(s) secondaire(s)							
Constats d'infraction émis oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>							
N ^o constat	Articles _____ CSR <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						
N ^o constat	Articles _____ CSR <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						
N ^o constat	Articles _____ CSR <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						
5. TECHNIQUES D'IMMOBILISATION PROVOQUÉE UTILISÉES							
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, laquelle ou lesquelles :							
Hérisson à pointes creuses <input type="checkbox"/>	Barrage routier <input type="checkbox"/>						
6. ASSISTANCE DEMANDÉE							
<input type="checkbox"/> oui							
Postes ou autres services policiers impliqués :							
7. ÉQUIPEMENTS D'URGENCE UTILISÉS							
Gyrophares utilisés	au début de la poursuite <input type="checkbox"/> en cours de poursuite <input type="checkbox"/>						
Sirène utilisée	au début de la poursuite <input type="checkbox"/> en cours de poursuite <input type="checkbox"/>						
Phares blancs alternants	au début de la poursuite <input type="checkbox"/> en cours de poursuite <input type="checkbox"/>						
8. SUPERVISION							
Nom du superviseur avisé	Nom : _____ Heure : _____ h						
Si un autre policier supervise aussi la poursuite :	Nom : _____ Heure : _____ h						
Service : _____							

