



This is Schedule "H" to the Regulations concerning Electronic Gaming Devices

GLOBAL AUTO-EXCLUSION DEMANDE (FRENCH)

Je, _____, comprendre et lire la langue française ou ont eu un interprète lire et expliquer ce formulaire pour moi. I understand that I can obtain an English version of this form, upon request.

En signant ce formulaire, je suis volontairement demandant que, je être exclus de toutes les activités de jeu à tous les établissement de EGD qui sont autorisées et réglementées par la Kahnawake Gaming Commission. Je comprends que ma demande d' auto- exclusion volontaire prendra effet immédiatement dans la établissement de EGD qui reçoit ma demande, et prendra effet dans les vingt- quatre (24) heures dans d'autres établissement de EGD de Kahnawake. _____ ** (les initiales de demandeur)**

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 ont accepté de me faire photographier (ci-jointe) et distribué à la Commission et à toutes les établissement de EGD agréés et réglementés par la Commission. 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 de cette complète Demande d'auto-exclusion et que la longueur du temps que je vais être auto-exclus est déterminée comme suit:

- PREMIÈRE DEMANDE: EXCLU POUR AU MOINS SIX (6) MOIS OU TELLE PERIODE DE PLUS EPOQUE, A SAVOIR _____

- DEUXIÈME ET TOUS ULTÉRIEURES LES DEMANDES: EXCLU POUR AU MOINS DEUX (2) ANS OU TELLE PERIODE DE PLUS EPOQUE, A SAVOIR _____

Je comprends et j'accepte que mon auto-exclusion volontaire ne met pas automatiquement fin. Après la période appropriée de temps a passé, comme indiqué ci-dessus, je peux demander que la Commission cesse de mon auto-exclusion volontaire en soumettant une Demande de Révocation – Schedule "L" du règlement. Je ne serai autorisé à reprendre ses activités de jeux dans toute établissement de EGD quand et si ma demande est approuvée par la Commission. **NOTEZ QUE SI VOUS DEMANDEZ À ÊTRE AUTO- EXCLUS "DE FAÇON PERMANENTE", LA COMMISSION NE TIENDRA AS COMPTE OU ACCORDER UNE DEMANDE DE RÉVOCATION.** _____ ** (les initiales de demandeur)**

Je comprends et j'accepte que, aussi longtemps que mon auto-exclusion volontaire demeure en vigueur, je ne suis pas autorisé à accéder à la zone de jeu de la établissement de EGD d'une licence et réglementée par la Commission. Je comprends également et acceptez que la gestion et le personnel de toute établissement de EGD doit m'empêcher d'accéder à, ou de me retirer de l'aire de jeu d'une établissement de EGD et je suis d'accord qu'ils peuvent prendre toutes les mesures raisonnables de le faire.

FAIT ce ____ jour de _____, 20 ____,

Signature du demandeur

Témoin

Imprimer le nom du demandeur

Imprimer le nom du témoin



Pour être complété par la direction la établissement de EGD

Je, _____, certifie que j'ai été témoin de la signature ci-dessus du demandeur demandant l'auto-exclusion et certifie en outre que le demandeur a signé cette demande de bon gré et en pleine connaissance de son contenu. Une photographie du demandeur ainsi que la photocopie d'un ID émise par le gouvernement a été obtenu à partir du lecteur et accompagner cette demande quand il est soumis à la Commission.

Signature du directeur



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Ce formulaire doit être complété par un demandeur demandant à être volontairement auto-exclus des activités de jeu qui se déroulent dans toutes les établissements de EGD autorisées par la Kahnawake Gaming Commission. Toutes les informations contenues dans ce formulaire sont confidentiels et ne seront partagées avec la Kahnawake Gaming Commission et d'autres établissements de EGD autorisées par la Kahnawake Gaming Commission.

1. NOM: _____

2. UTILISEZ-VOUS UN AUTRE NOM OU NOMS? OUI NON

SI OUI, INDIQUEZ LE NOM OU LES NOMS ADDITIONNEL CI-DESSOUS:

3. ADRESSE DU DOMICILE: _____
NUMÉRO ET RUE APT#

VILLE PROVINCE CODE POSTAL

4. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE D'ACCUEIL: _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE: _____

5. DEMANDEUR ID # (POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENT DE EGD KAHNAWAKE APPLICABLES):

6. DATE DE NAISSANCE: _____ / _____ / _____
JOUR MOIS ANNÉE

7. SEXE: (M) MALE
 (F) FEMELLE

8. COULEUR DES YEUX _____ COULEUR DES CHEVEUX _____

9. MARQUES D'IDENTIFICATION OU DE TATOUAGES:

10. DEUX (2) FORMES DE ÉMISE PAR LE GOUVERNEMENT (PHOTOCOPIES JOINT):