



**Espace réservé à l'autorité compétente**

- compétence Ministère Public
- compétence Tribunal Pénal
- compétence SAPEM
- compétence Cour de Justice

**DEMANDE D'AUTORISATION DE VISITE**  UNE VISITE  PLUSIEURS VISITES

Je soussigné/e: M.  Mme

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Nationalité: \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

**ADRESSE**

Rue: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Tél. privé: \_\_\_\_\_ Tél. professionnel: \_\_\_\_\_

**DEMANDE A POUVOIR VISITER A LA PRISON DE CHAMP-DOLLON**

M.  Mme

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Lien de parenté: \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Remarques:** Ce formulaire est à retourner, accompagné d'une copie lisible d'une pièce d'identité, à l'autorité compétente.

Il vous appartient de contacter le service des visites de la prison de Champ-Dollon au plus tôt 48 heures après le dépôt de la demande (tél. 022.546.82.89 entre 7h30 et 11h30) pour prendre un rendez-vous.

L'autorisation pourra vous être refusée si vous avez été détenu(e) dans les 12 derniers mois

Les mineurs ne peuvent visiter un(e) détenu(e) s'ils ne sont pas ses enfants légitimes

**A REMPLIR PAR L'AUTORITE COMPETENTE**

| Ministère Public / Tribunal Pénal / Cour de Justice   | SAPEM  |
|---|--|
| Procédure N°:   | N° d'individu:   |
| Directeur de la procédure:  | Nom du collaborateur:  |
| <input type="checkbox"/> Visite accordée  | <input type="checkbox"/> Refusée                                       |
| <input type="checkbox"/> en commun en présence d'un(e) surveillant(e)<br><input type="checkbox"/> individuel hors présence d'un(e) surveillant(e) | <input type="checkbox"/> individuel en présence d'un(e) surveillant(e) |
| Genève, le _____  | Signature: _____   |
| Carte délivrée le:  | Par: _____   |
| Carte permanente délivrée le :  | Par: _____   |