

Court File Number

.....  
(Name of court)

**Form 8D.3: Notice to Child  
of Intention to Place for  
Adoption**

at .....  
Court office address

**TO:** .....  
(name of child entitled to have access)

(Name of children's aid society) .....

**is planning to place you for adoption.**

This means that the court order that gives you the right to have access to (name of person in court order) ..... will end. You will not continue to have a right to contact with (name of person in court order) ..... unless you have an openness agreement or openness order. Your children's aid society worker will be able to tell you more about this.

**You may get a lawyer to help you.**

The Office of the Children's Lawyer may assign a lawyer to help you. You, or an adult on your behalf, can contact the Office of the Children's Lawyer at 416-314-8000 and ask to speak to a lawyer.

Speak to your lawyer if you want to continue to have contact with (name of person in court order) .....

**You have 30 days to respond.**

If you want to continue to have contact with (name of person in court order) ..... , you or your lawyer must, **within 30 days of receiving this notice:**

1. Prepare a Form 34L: Application for Openness Order.
2. Serve a copy of the completed Form 34L on the children's aid society to the attention of

..... at the following address:

and

3. File a copy of the completed Form 34L with a Form 6B: Affidavit of Service at the following court office:

.....  
(Nom du tribunal)

**Formule 8D.3: Avis  
d'intention de placer en  
adoption destiné à l'enfant**

situé(e) au .....

Adresse du greffe

À :

.....  
(nom de l'enfant ayant le droit de visite)

(Nom de la société d'aide à l'enfance) .....

**prévoit vous placer en adoption.**

Ainsi, l'ordonnance du tribunal qui vous donne le droit de visite à (nom de la personne visée par l'ordonnance du tribunal)

..... prendra fin. Vous n'aurez plus le droit de communiquer

avec (nom de la personne visée par l'ordonnance du tribunal) .....

à moins de disposer d'un accord ou d'une ordonnance de communication. Votre travailleur de la société d'aide à l'enfance pourra vous en dire plus.

**Vous pouvez obtenir l'aide d'une avocate ou d'un avocat.**

Le Bureau de l'avocat des enfants peut vous désigner une avocate ou un avocat pour vous aider. Vous, ou un adulte agissant en votre nom, pouvez communiquer avec le Bureau de l'avocat des enfants au 416 314-8000 et demander à parler à une avocate ou un avocat.

Parlez à votre avocat(e) si vous souhaitez continuer à communiquer avec (nom de la personne visée par

l'ordonnance du tribunal) .....

**Vous disposez de 30 jours pour donner suite à cet avis.**

Si vous désirez continuer à communiquer avec (nom de la personne visée par l'ordonnance du tribunal)

....., vous ou votre avocat(e) devez faire ce qui suit **dans les**

**30 jours suivant la réception du présent avis :**

1. Remplir une formule 34L : Requête en vue d'obtenir une ordonnance de communication.
2. Envoyer une copie de la formule 34L remplie à la société d'aide à l'enfance à l'attention de

..... à l'adresse suivante :

3. Déposer une copie de la formule 34L remplie et de la formule 6B : Affidavit de signification auprès du greffe suivant :



**REMARQUE :** Vous pouvez obtenir les formules de la Cour à l'adresse [www.ontariocourtforms.on.ca](http://www.ontariocourtforms.on.ca) ou au comptoir du tribunal.

**Si vous ou votre avocat(e) ne donnez pas suite au présent avis d'ici 30 jours, votre ordonnance de visite prendra fin.**

Si vous ou votre avocat(e) ne signifiez pas et ne déposez pas une formule 34L : Requête en vue d'obtenir une ordonnance de communication dans les **30 jours** suivant la réception du présent avis :

1. Votre droit de visite sera révoqué;
2. Vous ne pourrez pas demander d'ordonnance au tribunal pour communiquer avec *(nom de la personne visée par l'ordonnance du tribunal)* .....

**Informations au sujet de l'ordonnance qui prendra fin**

N° de dossier du greffe	Adresse du greffe	Nom du juge	Date de l'ordonnance
<b>Détails concernant l'ordonnance de visite qui prendra fin</b>			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

**LE BUREAU DE L'AVOCAT DES ENFANTS PEUT VOUS DÉSIGNER UNE AVOCATE OU UN AVOCAT.** Si aucune avocate ni aucun avocat n'a communiqué avec vous dans les dix jours suivant la réception du présent avis, vous ou un adulte agissant en votre nom pouvez communiquer avec le Bureau de l'avocat des enfants au 416 314-8000 et demander à parler à une avocate ou un avocat.

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'employé(e) de la société d'aide à l'enfance*

\_\_\_\_\_  
*Date de la signature*

.....  
*(Nom et titre de l'employé(e) de la société d'aide à l'enfance)*



Pour de l'information sur l'accessibilité des services offerts par le tribunal aux personnes ayant des besoins liés à un handicap, composez :



**Téléphone : 416 326-2220 / 1 800 518-7901    ATS : 416 326-4012 / 1 877 425-0575**