|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  |  | Numéro de dossier du greffe      |
|  | (Nom du tribunal) |  |
| **situé(e) au** |       | Formule 23C : Affidavit pour un procès noncontesté, daté du |
|  | Adresse du greffe |       |
| Requérant(e)(s)  |
| Nom et prénom officiels et adresse aux fins de signification — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant). |  | Nom et adresse de l’avocat(e) — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant). |
|       |  |       |
|  |
| Intimé(e)(s) |
| Nom et prénom officiels et adresse aux fins de signification — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant). |  | Nom et adresse de l’avocat(e) — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant). |
|       |  |       |
|  |
| **Je m’appelle** *(nom et prénom officiels)* |       |
| **J’habite à***(municipalité et province)* |       |
| **et que les renseignements suivants sont véridiques :** |
| **1.** | Je suis le/la requérant(e) dans cette cause. |
| **2.** | Il y a *(nombre)* |       | enfant(s) né(s) de notre union, à savoir : |
|  |
| **Nom et prénom officiels** | **Âge** | **Date de naissance** | **Habite à**  | **Habite actuellement avec** |
| (j, m, a) | (municipalité et province) | (nom de la personne et lien de parenté avec l’enfant) |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| **3.** | Je demande l’ordonnance suivante : |
|  | [ ]  |  la responsabilité décisionnelle à l’égard des enfants nommés ci-dessus |
|  | [ ]  |  du temps parental avec les enfants nommés ci-dessus |
|  | [ ]  |  un contact avec les enfants nommés ci-dessus |
|  | [ ]  | une ordonnance alimentaire pour *(nom du ou des bénéficiaires)* |       |
|  | [ ]  | une ordonnance de ne pas faire contre l’intimé(e) *(nom)* |       |
|  |  | (date de naissance) |       |  |
|  | [ ]  | autre *(Précisez.)* |       |
| **4.** | L’intimé(e) et moi-même : |
|  | [ ]  | nous sommes marié(e)s le *(date)* |       |  |
|  | [ ]  | nous sommes séparé(e)s le *(date)* |       |  |
|  | [ ]  | avons commencé à vivre ensemble le *(date)* |       |  |
|  | [ ]  | n’avons jamais vécu ensemble. |

| Formule 23C : | Affidavit pour un procès non contesté | (page 2) | Numéro de dossier du greffe  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |
|  |
| RESPONSABILITÉ DÉCISIONNELLE ET TEMPS PARENTAL |
| Remplissez cette section si vous demandez la responsabilité décisionnelle à l’égard des enfants ou du temps parental avec les enfants. |
| **5.** | Une ordonnance m’accordant la responsabilité décisionnelle à l’égard des enfants est dans l’intérêt véritable de ceux-ci pour les raisons suivantes : *(Donnez les raisons.)* |
|  |       |
| **6.** | Une ordonnance m’accordant du temps parental avec les enfants est dans l’intérêt véritable de ceux-ci pour les raisons suivantes : *(Donnez les raisons.)* |
|  |       |
| **7.** | Une ordonnance accordant à l’intimé(e) du temps parental avec les enfants |
|  | [ ]  | est | [ ]  | n’est pas |
|  | dans l’intérêt véritable de ceux-ci pour les raisons suivantes : *(Donnez les raisons.)* |
|  |       |
| **8.** | Si une ordonnance accordant du temps parental est rendue, elle devrait : |
|  | [ ]  | prévoir un temps parental raisonnable sur préavis raisonnable; |
|  | [ ]  | prévoir un temps parental raisonnable sur préavis raisonnable, notamment aux conditions ci-dessous : |
|  | [ ]  | l’être aux conditions suivantes : |
|  |  | [ ]  | une fin de semaine sur deux, de |       | heures le vendredi à |       | heures le |
|  |  | dimanche ou le lundi, si le lundi est un jour férié, à compter du *(date)* |       |
|  |  | [ ]  | une relâche du printemps sur deux, à compter de *(année)* |       |
|  |  | [ ]  |       | semaines pendant les vacances d’été, à déterminer par les parties avant le 1er avril  |
|  |  |  | de chaque année. |
|  |  | [ ]  | la moitié de la relâche de l’hiver, du *(date)* |       |
|  |  | au *(date)* |       | selon la répartition suivante : |
|  |  |       |

| Formule 23C : | Affidavit pour un procès non contesté | (page 3) | Numéro de dossier du greffe  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |  | [ ]  | Dressez la liste des autres jours spéciaux tels que les festivals religieux, Noël, les anniversaires de naissance, la fête des Mères, la fête des Pères, etc., et indiquez avec quelle personne les enfants se trouveront ces jours-là. *(Précisez les dates et les heures.)* |
|  |  |       |
|  |  | [ ]  | autre *(Précisez.)* |
|  |  |       |
| CONTACT |
| Remplissez cette section si vous demandez un contact avec un ou plusieurs des enfants. |
| **9.** | Une ordonnance m’accordant un contact avec les enfants est dans l’intérêt véritable de ceux-ci pour les raisons suivantes : *(Donnez les raisons.)* |
|  |       |
| 10. | L’ordonnance de contact devrait : |
|  | [ ]  | prévoir un contact raisonnable sur préavis raisonnable; |
|  | [ ]  | prévoir un contact raisonnable sur préavis raisonnable, notamment aux conditions ci-dessous : |
|  | [ ]  | être assujettie aux conditions suivantes : *(précisez quand, où et comment le contact avec les enfants devrait avoir lieu, y compris des dates et heures, par téléphone ou en personne, etc.)* |
|  |  |       |

| Formule 23C : | Affidavit pour un procès non contesté | (page 4) | Numéro de dossier du greffe  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |
|  |
| ALIMENTS POUR LES ENFANTS |
| Remplissez cette section si vous demandez des aliments pour les enfants. |
| **11.** | Je demande des aliments pour *(nombre)* |       | enfant(s). |
| **12.** | Au mieux de ma connaissance, la/les sources de revenu de l’intimé(e) sont les suivantes : *(Cochez une ou plusieurs cases, selon les circonstances.)* |
|  | [ ]  | revenu d’emploi auprès de *(nom et adresse de l’employeur)* |
|  |  |       |
|  | [ ]  | commissions, pourboires, temps supplémentaire, primes et autres |
|  | [ ]  | travail indépendant sous le nom ou à titre de *(nom ou nature de l’entreprise de l’intimé(e))* |
|  |  |       |
|  | *[ ]*  | autre *(Précisez.)* |  |
|  |  |       |
| **13.** | Je crois que le revenu actuel annuel de l’intimé(e) de toutes provenances s’élève à |       | $ pour |
|  | les raisons suivantes : *(Donnez les raisons pour lesquelles vous croyez que la somme indiquée est exacte.)* |
|  |       |
| **ALIMENTS POUR LE CONJOINT** |
| Remplissez cette section si vous demandez des aliments pour vous-même. |
| **14.** | J’ai besoin d’aliments pour le conjoint pour les raisons suivantes : *(Précisez vos besoins financiers.)* |
|  |       |

| Formule 23C : | Affidavit pour un procès non contesté | (page 5) | Numéro de dossier du greffe  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |
| ORDONNANCE DE NE PAS FAIRE |
| Remplissez cette section si vous demandez une ordonnance de ne pas faire contre l’intimé(e). |
| **15.** | J’ai besoin d’une ordonnance qui interdit à l’intimé(e) *(nom et prénom officiels de la personne assujettie à l’ordonnance)* |
|  |       | , *(date de naissance de la personne assujettie à l’ordonnance)* |
|  |       |  |
|  | [ ]  | a) | de contacter ou communiquer directement ou indirectement avec la ou les personnes suivantes *(nom et prénom officiels et date de naissance de la ou des personnes que protège la présente ordonnance)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  | **Nom** | **Date de naissance *(j, m, a)*** |
|  |  |  |       |       |
|  |  |  |       |       |
|  |  |  |       |       |
|  |  |  |       |       |
|  |  |  |       |       |
|  |  |  | [ ]  | sauf par l’intermédiaire de *(nom de la personne ou de l’organisme)* |       |
|  |  |  |  | pour prendre les dispositions nécessaires relatives au temps parental avec l’enfant ou les enfants. |
|  |  |  | [ ]  | sauf pour permettre du temps parental avec l’enfant ou les enfants *(nom et date de naissance de l’enfant*  |
|  |  |  |  | *ou des enfants)* |       |
|  |  |  |  | le/les *(dates/jours et heures)* |       |
|  |  |  | [ ]  | sauf par l’intermédiaire ou en présence de l’avocat ou des avocats. |
|  |  |  | [ ]  | sauf par l’intermédiaire ou en présence de l’avocat ou des avocats ou d’un agent d'enquête clinique du Bureau de l’avocat des enfants, si l’avocat des enfants a été nommé pour représenter l’enfant ou les enfants. |
|  | [ ]  | b) | de s’approcher à une distance de moins de |       | [ ]  | mètres | [ ]  | verges | [ ]  | pieds de |
|  |  |  | (endroits et adresses) |
|  |  |  |       |
|  |  |  | en tout temps ou à quelque fin que ce soit, |
|  |  |  | [ ]  | sauf dans les conditions suivantes : *(précisez les conditions, y compris l’heure ou les heures et la/les fins de l’exception ou des exceptions et l’adresse/les adresses, le cas échéant)* |
|  |  |  |  |       |
|  | [ ]  | c) | (toutes autres conditions) |
|  |  |  |       |
|  | J’ai besoin d’une ordonnance de ne pas faire pour les raisons suivantes : |
|  |       |

| Formule 23C : | Affidavit pour un procès non contesté | (page 6) | Numéro de dossier du greffe  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |
|  |
| ABSENCE DE SIGNIFICATION |
| Remplissez cette section si l’intimé(e) ne fera pas ou n’a pas fait l’objet d’une signification. |
| **REMARQUE :** Les Règles en matière de droit de la famille exigent que tous les documents soient signifiés à la partie adverse. Le tribunal rendra une ordonnance même en l’absence de signification, mais seulement dans des circonstances exceptionnelles, par exemple : |
| 1. | Une situation d’urgence dans laquelle il n’y a pas assez de temps pour signifier les documents ou dans laquelle leur signification vous mettrait ou mettrait votre enfant en danger ou aurait d’autres conséquences graves. |
| 2. | Lorsque le tribunal est convaincu que tous les efforts possibles ont été déployés pour trouver l’autre partie et qu’il est impossible de les lui signifier d’aucune façon. |
| **16.** | Je ne signifie pas ma requête/motion à l’intimé(e) pour les raisons suivantes : |
|  |       |
| **AUTRES QUESTIONS EN LITIGE** |
|       |
| Tracez une ligne en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. |
| devant moi à |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|       |  |       |  |  |  |
| municipalité |  | province, État ou pays |  |  |  |
| le |       |  |  |  |  | Signature(La présente formule doit être signée en présence d’un avocat, d’un juge de paix, d’un notaire ou d’un commissaire aux affidavits.) |
|  | date |  | Commissaire aux affidavits |  |  |
| (Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d’imprimerie ci-dessous si la signature est illisible.) |