

Court File Number

(Name of court)

at Court office address

Form 32.1A: Dispute of Request for Enforcement

Applicant(s)

Full legal name & address for service – street & number, municipality, postal code, telephone & fax numbers and e-mail address (if any).

Lawyer's name & address – street & number, municipality, postal code, telephone & fax numbers and e-mail address (if any).

Respondent(s)

Full legal name & address for service – street & number, municipality, postal code, telephone & fax numbers and e-mail address (if any).

Lawyer's name & address – street & number, municipality, postal code, telephone & fax numbers and e-mail address (if any).

My name is (full legal name)

I live in (municipality & province)

And I swear/affirm that the following is true:

- 1. I am the Respondent in this case.
2. I do not agree with the Applicant's request to enforce the terms of the family arbitration award dated
3. I dispute paragraphs (select the particular paragraphs of the request that you are disputing) of the Applicant's Form 32.1: Request to Enforce a Family Arbitration Award for the following reasons:
4. The Applicant's FAMILY HISTORY is correct.
The Applicant's FAMILY HISTORY is incorrect and should be corrected as follows:

Sworn/Affirmed before me at in on date Commissioner for taking affidavits (Type or print name below if signature is illegible.)

Signature (This form is to be signed in front of a lawyer, justice of the peace, notary public or commissioner for taking affidavits.)



For information on accessibility of court services for people with disability-related needs, contact:



Telephone: 416-326-2220 / 1-800-518-7901 TTY: 416-326-4012 / 1-877-425-0575

Numéro de dossier du greffe

(Nom du tribunal)

situé(e) au _____
 Adresse du greffe

**Formule 32.1A :
 Contestation d'une
 demande d'exécution**

Requérant(e)(s)

<i>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).</i>

<i>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).</i>

Intimé(e)(s)

<i>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).</i>

<i>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).</i>

Je m'appelle (nom et prénom officiels) _____

J'habite à (municipalité et province) _____

et je déclare sous serment/j'affirme solennellement que les renseignements suivants sont véridiques :

- Je suis l'intimé(e) dans cette cause.
- Je m'oppose à la demande du/de la requérant(e) en vue de l'exécution des dispositions de la sentence d'arbitrage familial datée du _____.
- Je conteste les paragraphes (sélectionnez les paragraphes de la demande que vous contestez) _____ de la formule 32.1 : Demande d'exécution d'une sentence d'arbitrage familial du/de la requérant(e) pour les motifs suivants :

- Les ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX du/de la requérant(e) sont exacts.
 Les ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX du/de la requérant(e) sont inexacts et doivent être corrigés comme suit :

Déclaré sous serment/Affirmé solennellement devant moi à _____
 en/à/au _____

 municipalité province, État ou pays
 le _____
 date

 Commissaire aux affidavits
 (Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères
 d'imprimerie ci-dessous si la signature est illisible.)

 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.)



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



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