

Court File Number

(Name of court)

at Court office address

Form 33F: Consent to Secure Treatment (person other than child)

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).

Child

Full legal name of child: Birthdate: Sex:

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

Name and address of secure treatment program in this case

My name is (full legal name) and I am

- the administrator of the secure treatment program. I consent to this application for...
the child's parent. I consent to...
an authorized representative of the Minister of Community and Social Services for Ontario. I consent to the admission of the child who is less than twelve years old to the secure treatment program.
an officer of (full legal name of children's aid society)
the person who is the subject of this case. I am 18 years of age or more. I consent to this application to extend my commitment to the secure treatment program to which I am now admitted.

Signature

Date of signature

Numéro de dossier du greffe

_____ (Nom du tribunal)

situé(e) au _____ Adresse du greffe

**Formule 33F :
Consentement
au traitement en
milieu fermé (personne
autre que l'enfant)**

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).

Enfant

Nom et prénom officiels :
Date de naissance :
Sexe :

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).

Nom du programme de traitement en milieu fermé dans cette cause et adresse où il est offert

- Je m'appelle (nom et prénom officiels) et je suis
- l'administrateur(trice) du programme de traitement en milieu fermé. Je consens à la présente requête visant
 - à placer l'enfant dans le programme.
 - à proroger le placement de l'enfant dans le programme.
 - à proroger le placement dans le programme de la personne qui y a été admise et qui a maintenant atteint l'âge de 18 ans.
 - le père ou la mère de l'enfant. Je consens :
 - à cette requête visant à placer mon enfant qui est sous les soins d'une personne autre que l'administrateur du programme de traitement en milieu fermé.
 - au placement de mon enfant dans le programme de traitement en milieu fermé pour une période de 180 jours dans cette requête présentée par (raison sociale de la société d'aide à l'enfance)
 - à cette requête de l'administrateur du programme de traitement en milieu fermé visant à proroger l'admission de mon enfant au programme.
 - un(e) représentant(e) autorisé(e) du ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. Je consens à l'admission de l'enfant qui a moins de 12 ans au programme de traitement en milieu fermé :
 - temporairement, pendant que cette cause visant à obtenir une ordonnance de placement ou de prorogation du placement est ajournée.
 - sur ordonnance définitive du tribunal en vue du placement ou de la prorogation du placement.
 - un(e) agent(e) de (raison sociale de la société d'aide à l'enfance)
Je suis autorisé(e), au nom de la société, à consentir à cette requête de l'administrateur du programme de traitement en milieu fermé visant à proroger le placement de l'enfant dans ce programme.
 - la personne qui fait l'objet de cette cause. J'ai 18 ans ou plus. Je consens à cette requête visant à proroger mon placement dans le programme de traitement en milieu fermé auquel je suis actuellement admis.

_____ Signature

_____ Date de la signature