|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ONTARIO | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | Numéro de dossier du greffe | |
| (Nom du tribunal) | | | | | | | | | | Formule 33F : Consentement au traitement en milieu fermé (personne  autre que l’enfant) | |
| **situé(e) au** | | |  | | | | | | |
|  | | | 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). | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | | |
| Enfant | | | | | | | | | | | | |
| Nom et prénom officiels : | | | | | |  | 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). | | | | | |
|  | | | | | |
| Date de naissance : | | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | |
| Sexe : | | | | | |  |
|  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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 parent 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 ministre responsable du programme de traitement en milieu fermé pour enfants et adolescents en 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 | | | |