

Formulaire d'orientation en protection de l'enfance au Bureau de l'avocat des enfants

À remplir par la société d'aide à l'enfance et à déposer avec l'ordonnance en vertu de l'art. 38

Cour supérieure de justice
 Cour de justice de l'Ontario
 Numéro de dossier du tribunal

Adresse du tribunal

Avocat demandé pour:
 enfant(s)
 mère mineure
 père mineur

Nom de la SAE

Nom du travailleur(se) de la SAE

Numéro de téléphone du travailleur(se)
 Courriel du travailleur(se)

****S'il y a plus d'une mère ou d'un père, veuillez indiquer de quel(s) enfant(s).***

Nom(s) de la/des mère(s)*

Nom(s) du/des père(s)*

Autres parties/relations

Nom complet de l'enfant/du parent mineur	Genre	Date de naissance (jj/mm/aa)	Reçoit des soins?	Requiert des services en français?	Besoin d'un interprète? Dans l'affirmative, précisez la langue	Indien ou autochtone? Dans l'affirmative, précisez le nom de la Première nation/bande/communauté?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Circonstances ou exigences spéciales dont le BAE devrait tenir compte au moment d'assigner un avocat:

À l'usage due BAE. Numéro de dossier du BAE
 Date d'assignation (jj/mm/aaaa)

Avocat assigné:

Téléphone
 Télécopieur

Superviseur régional

Dossiers de renvoi