|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Avis d’appel – appel d’une ordonnance rendue  en vertu de la partie xx.1 – troubles mentaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formule 21, *Règles de procédure de la Cour d’appel en matière criminelle*,Cour d’appel de l’Ontario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | C | | | | | |
| No de dossier du tribunal (s’il est connu) | | | | | |
|  | | M | | | | | |
| No de motion (s’il est connu/applicable) | | | | | |
| **COUR D’APPEL DE L’ONTARIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **REMARQUE À L’INTENTION DE L’APPELANT(E) :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI VOUS ÊTES L’APPELANT(E) ET QUE VOUS N’ÊTES PAS REPRÉSENTÉ(E) PAR UN(E) AVOCAT(E), VOUS DEVEZ REMETTRE LE PRÉSENT AVIS AU/À LA RESPONSABLE DE L’HÔPITAL OU AU/À LA PRINCIPAL(E) RESPONSABLE DE L’ÉTABLISSEMENT OÙ VOUS ÊTES SOUS GARDE OU AUQUEL VOUS VOUS PRÉSENTEZ DANS LES 15 JOURS DE LA DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ REÇU LES MOTIFS DE LA DÉCISION QUE VOUS PORTEZ EN APPEL. SI LE PRÉSENT AVIS EST REMIS APRÈS CE DÉLAI, VOUS DEVEZ DEMANDER UNE PROROGATION DE DÉLAI EN REMPLISSANT LA DERNIÈRE SECTION (NO 15) DE LA PRÉSENTE FORMULE. VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE TOUTES LES PARTIES DU PRÉSENT AVIS SONT REMPLIES. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **REMARQUE À L’INTENTION DU/DE LA RESPONSABLE DE L’HÔPITAL OU DE L’ÉTABLISSEMENT DANS LEQUEL L’APPELANT(E) EST SOUS GARDE OU AUQUEL IL/ELLE SE PRÉSENTE :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VEUILLEZ REMPLIR LE TABLEAU SUIVANT : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avis d’appel reçu de l’appelant(e) le (date) : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’hôpital/de l’établissement dans lequel l’appelant(e) est sous garde/auquel il/elle se présente : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du/de la responsable/du/de la principal(e) responsable de cet hôpital/établissement : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Signature du/de la responsable/du/de la principal(e) responsable de cet hôpital/établissement : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **VEUILLEZ ENVOYER TOUTES LES  PAGES DE LA FORMULE À :** | | | | | | | | | | Cour d’appel de l’Ontario  Osgoode Hall, 130, rue Queen Ouest  Toronto (Ontario) M5H 2N5  Courriel : [coa.e-file@ontario.ca](mailto:coa.e-file@ontario.ca)  Télécopieur : 416 327-5032 | | | | | | | | | | | | | | |
| À : GREFFIER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DANS L’AFFAIRE DE | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | (nom de l’accusé(e)) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Date de naissance de l’accusé(e) : | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Appelant(e) : | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | (nom de la personne ou de l’établissement qui interjette appel) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Renseignements sur l’affaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Infraction(s) à l’origine de la peine : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Verdict au procès (cocher une case): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Non-responsabilité criminelle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Inaptitude à subir son procès | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Année du procès (si elle est connue) : | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 4. | Décision ou ordonnance de placement faisant l’objet de l’appel : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Date de l’audience : | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Lieu de l’audience : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Nom de l’avocat(e) ayant représenté l’accusé(e) à l’audience : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | (si l’accusé(e) était non représenté(e), écrire « non représenté(e) » sur la ligne ci-dessus) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 8. | Date de la décision ou de l’ordonnance de placement : | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 9. | Date des motifs de décision (s’ils ont été communiqués) : | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| 10. | Date à laquelle l’appelant(e) a reçu les motifs (si elle est connue) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 11. | Nom de l’hôpital où l’accusé(e) est actuellement détenu(e) ou se présente : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Motifs d’appel** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | Les motifs d’appel (les raisons pour lesquelles vous croyez que la décision est erronée) sont les suivants (continuer au verso ou ajouter des feuilles supplémentaires au besoin) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. | Vous demandez à la Cour d’appel de rendre l’ordonnance suivante : |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| **Représentation juridique** | | | | |
| 14. | | Si vous êtes l’accusé(e), veuillez cocher l’une des cases suivantes : | | |
|  | |  | Je veux consulter un(e) avocat(e). Son nom est : |  |
|  | |  | Je veux consulter un(e) avocat(e). Aide juridique Ontario peut m’en recommander un(e). | |
|  | |  | Je veux me représenter moi-même et plaider l’appel en personne. | |
|  | |  | Je veux me représenter moi-même et plaider l’appel par vidéoconférence. | |
|  | |  | Je veux me représenter moi-même et plaider l’appel par audioconférence. | |
|  | |  | Je veux me représenter moi-même et plaider l’appel par écrit. | |
|  | |  | | |
| **Délai pour interjeter appel** | | | | |
| 15. | | Le délai pour déposer le présent avis d’appel est de **15 jours** à compter de la date à laquelle vous avez reçu les **motifs** de la décision que vous portez en appel. Cochez la case qui s’applique : | | |
|  |  |  | Je remets le présent avis d’appel dans le délai imparti. | |
|  |  |  | Je ne remets pas le présent avis d’appel dans le délai imparti et je demande une prorogation de délai. J’ai besoin d’une prorogation de délai pour les motifs suivants : | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **(REMARQUE : Pour expliquer pourquoi vous demandez une prorogation de délai, vous pourriez fournir des renseignements au sujet de ce qui suit : (i) le moment où vous avez appris pour la première fois que vous pouviez interjeter appel; (ii) le moment où vous avez décidé pour la première fois que vous vouliez interjeter appel; (iii) le moment où vous avez reçu la formule d’avis d’appel pour la première fois; (iv) si vous avez aussi demandé de l’aide juridique et, dans l’affirmative, à quel moment; et (v) si vous avez consulté un avocat au sujet d’un appel et, dans l’affirmative, à quel moment (n’écrivez rien au sujet de ce dont vous avez discuté).** | |
|  | | | |  |
|  | | | | Signature de l’appelant(e) : |
|  | | | |  |
|  | | | | Date |
| Adresse de l’appelant(e) aux fins de signification, y compris son adresse de courriel (si elle est disponible) : | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **Autres renseignements** | | | | |
| Numéro de téléphone sans frais d’Aide juridique Ontario : 1-800-668-8258 | | | | |