|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  |  | Numéro de dossier de greffe      |
|  | (Nom du tribunal) | Formule 34H.1 : Affidavit d’une personne de plus de 18 ans vivant avec le requérant — adoption par la famille[ ]  original [ ]  nouveau daté du |
| 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).* |
|       |       |
| **Intimé(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).* |
|       |       |
| **Je m’appelle** *(nom et prénom officiels)* |       |
| **J’habite à** *(municipalité et province)* |       |
| **Je vis avec** *(nom du requérant)* |       | qui est le(a) requérant(e) dans l’instance. |
| **Ma date de naissance est le :** |       |  |
| **et je déclare sous serment/j’affirme solennellement que les renseignements suivants sont véridiques :** |
| **[ ]**  | **J’ai annexé au présent affidavit une copie de ma vérification de dossier approfondie, datée du** *(date du rapport*  |
|  | *du service de police local)* |       | **.** |
| **[ ]**  | **Le** *(date)* |       | **, j’ai envoyé une demande au** *(nom du service de police local)* |
|  |       | **pour obtenir une vérification de dossier approfondie.** |
|  | **Je comprends que je dois signifier et déposer la vérification de dossier approfondie au tribunal dans les dix jours suivant le jour où je l’ai reçue. Si je ne reçois pas ma vérification de dossier approfondie dans les six mois suivant le jour où je l’ai demandée, je sais que je dois fournir un nouvel affidavit avec une nouvelle déclaration d’infraction dans les 15 jours qui suivent cette période de six mois. Je comprends que le tribunal pourrait attendre que j’aie déposé la vérification de dossier approfondie pour rendre une ordonnance d’adoption.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formule 34H.1 :** | **Affidavit d’une personne de plus de 18 ans vivant avec le requérant — adoption par la famille** | **(page 2)** | Numéro de dossier de greffe |
|  |  |
|  |
| **Déclaration d’infraction** (exigence prévue par l’art. 128 du Règl. de l’Ont. 155/18 pris en vertu de la *Loi de 2017 sur les services à l’enfance, à la jeunesse et à la famille*) |
| Depuis que j’ai demandé la vérification de dossier approfondie**:** |
|  | [ ]  | Je n’ai pas été déclaré(e) coupable ou inculpé(e) d’une infraction criminelle. |
|  | [ ]  | J’ai été déclaré(e) coupable ou inculpé(e) des infractions criminelles suivantes : |
|  |  | **Inculpation/Condamnation** | **Date approximative de l’inculpation** | **Date approximative de la déclaration de culpabilité (le cas échéant)** |
|  |  |       |       |       |
|  |  |       |       |       |
|  |  |       |       |       |
| **Avis d’inculpation ou de déclaration de culpabilité** (exigence prévue par l’art. 129 du Règl. de l’Ont. 155/18 pris en vertu de la *Loi de 2017 sur les services à l’enfance, à la jeunesse et à la famille*) |
| Depuis la date de mon dernier affidavit : |
|  | [ ]  | Je suis maintenant inculpé(e) |
|  | [ ]  | J’ai été déclaré(e) coupable |
|  |  | des infractions criminelles suivantes : |
|  |  | **Inculpation** | **Date approximative de l’inculpation** | **Date approximative de la déclaration de culpabilité (le cas échéant)** |
|  |  |       |       |       |
|  |  |       |       |       |
|  |  |       |       |       |
| *Tracez une ligne en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page.* |
| Déclaré sous serment/Affirmé solennellement devant moi à |       |  |  |  |
|  | *municipalité* | Signature |
| en/à/au |       | *(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.)* |
| le | province, État ou pays |
|       |  |  |
|  | *date* | Commissaire aux affidavits*(Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d’imprimerie ci-dessous si la signature est illisible.)* |