|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ONTARIO | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | Numéro de dossier du greffe | |
|  | (Nom du tribunal) | | | | | | | | | | | **Formule 35.1 : Affidavit (responsabilité décisionnelle, temps parental, contacts)** | |
| 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)* | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Ma date de naissance est le** *(j, m, a)* | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **J’habite à :** *(nom de la cité, de la ville ou de la municipalité et de la province, de l’État ou du pays si vous êtes à l'extérieur de l'Ontario)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Je déclare sous serment/j’affirme solennellement que les renseignements suivants sont véridiques :** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARTIE A :  À REMPLIR PAR TOUTE PERSONNE QUI DEMANDE LA RESPONSABILITÉ  DÉCISIONNELLE, LE TEMPS PARENTAL OU DES CONTACTS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Inscrivez « S.O. » si un point ne s’applique pas à vous ou à l’enfant ou aux enfants.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | | **Au cours de ma vie, j’ai aussi utilisé les noms suivants ou été connu(e) sous ces noms :** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | | **L’enfant ou les enfants dans cette cause s’appellent :** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom officiels de l’enfant** | | | | **Date de naissance**  (j, m, a) | | | **Âge** | **Nom(s) et prénom(s) officiels du ou des parents** | | | **Nom(s) de la ou des personnes avec lesquelles l’enfant habite présentement** *(Indiquez l’adresse d’un enfant qui n’habite pas avec vous.)* | | | **Mon lien par rapport à l’enfant** *(Précisez le lien : p. ex., parent, grand-père ou grand-mère ou ami(e) de la famille.)* | |
|  | | | |  | | |  |  | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  |  | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  |  | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  |  | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  |  | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formule 35.1 :** | | **Affidavit (responsabilité décisionnelle, temps parental, contacts)** | | | | | | | **(page 2)** | | | Numéro de dossier du greffe | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom officiels de l’enfant** | | | | **Date de naissance**  (j, m, a) | | **Âge** | **Nom(s) et prénom(s) officiels du ou des parents** | | | **Nom(s) de la ou des personnes avec lesquelles l’enfant habite présentement** *(Indiquez l’adresse d’un enfant qui n’habite pas avec vous.)* | | | | **Mon lien par rapport à l’enfant** *(Précisez le lien : p. ex., parent, grand-père ou grand-mère ou ami(e) de la famille.)* |
|  | | | |  | |  |  | | |  | | | |  |
|  | | | |  | |  |  | | |  | | | |  |
|  | | | |  | |  |  | | |  | | | |  |
| **3.** | **Je suis également le parent de l’enfant ou des enfants suivants ou j’ai agi en tant que parent de celui-ci ou de ceux-ci (par exemple, en tant que parent par alliance, tuteur ou tutrice légal(e), etc.) :** *(Indiquez les nom(s) et prénom(s) officiels ainsi que la date de naissance de l’enfant ou des enfants qui n’ont pas déjà été énumérés au point 2.)* | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom officiels de l’enfant** | | | | | **Date de naissance**  (j, m, a) | | **Mon lien par rapport à l’enfant** *(Précisez le lien : p. ex., parent, parent par alliance ou grand-père ou grand-mère.)* | | | | **Nom(s) de la ou des personnes avec lesquelles l’enfant habite présentement** *(si l'enfant est âgé de moins de 18 ans)* | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | |
| **4.** | **Je suis ou j’ai été partie dans l’affaire ou les affaires en droit de la famille suivantes :** *(Indiquez les affaires mettant en cause l’enfant ou les enfants visés par la présente affaire, ou tout autre enfant. Dans la présente section, ne mentionnez pas les affaires mettant en cause une société d’aide à l’enfance. Joignez aux présentes une copie de toute ordonnance ou inscription du tribunal en votre possession.)* | | | | | | | | | | | | | |
| **Emplacement du tribunal** | | | **Noms des parties à la cause** | | | | | **Nom(s) de l’enfant ou des enfants** | | | | | **Ordonnances judiciaires rendues** *(Indiquez la date des ordonnances.)* | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formule 35.1 :** | | | **Affidavit (responsabilité décisionnelle, temps parental, contacts)** | | | | **(page 3)** | | Numéro de dossier du greffe |
|  | | | | | | | | | |
| **5.** | **J’ai été partie à l’instance en matière de protection civile suivante :** *(Joignez aux présentes une copie de toute ordonnance ou inscription du tribunal pertinente en votre possession. Une ordonnance de protection civile (notamment une ordonnance interdictive) est une ordonnance rendue contre une personne par un tribunal civil – et non par un tribunal criminel – pour protéger la sécurité d’une autre personne. Par exemple, l’ordonnance peut interdire à quelqu’un de communiquer avec une personne en particulier ou de se trouver à moins d’une certaine distance de cette personne.)* | | | | | | | | |
| **Emplacement du tribunal** | | | | **Noms des personnes qui sont concernées par la cause** | | **Ordonnances de protection civile rendues**  *(indiquer les dates des ordonnances)* | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
| **6.** | **J’ai été reconnu(e) coupable de l’infraction ou des infractions criminelles suivantes pour laquelle ou lesquelles la réhabilitation ne m’a pas été octroyée :** | | | | | | | | |
| **Accusation** | | | | | **Date approximative de la déclaration de culpabilité** | | | **Peine imposée** | |
|  | | | | |  | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |
| **7.** | **Je suis présentement accusé(e) de l’infraction ou des infractions criminelles suivantes :** | | | | | | | | |
| **Accusation** | | | | | **Date de la prochaine comparution au tribunal** | | | **Conditions de la mise en liberté en attendant le procès** *(Joignez une copie des conditions de la liberté sous caution ou d’une autre mise en liberté, le cas échéant.)* | |
|  | | | | |  | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |
| **8.** | **Lorsque le tribunal évalue l’aptitude d’une personne à agir en tant que parent, le paragraphe 24 (4) de la *Loi portant réforme du droit de l’enfance* et l’art. 16 de la *Loi sur le divorce* exigent qu’il examine si la personne a jamais usé de violence ou infligé des mauvais traitements à l’endroit de l’une ou l’autre des personnes suivantes :** | | | | | | | | |
|  | **.** | son conjoint; | | | | | | | |
|  | **.** | un parent de l’enfant visé par la demande de droits parentaux; | | | | | | | |
|  | **.** | un membre de sa maisonnée; | | | | | | | |
|  | **.** | un enfant quelconque. | | | | | | | |
|  | **Je suis au courant des actes de violence ou des mauvais traitements suivants que le tribunal devrait examiner en application du paragraphe 24 (4) de la *Loi portant réforme du droit de l’enfance* ou de l’art. 16 de la *Loi sur le divorce* :** *(Décrivez le ou les incidents ou épisodes, fournissez des renseignements sur la nature des actes de violence ou des mauvais traitements et précisez qui a usé de violence et qui en a été la victime ou en ont été les victimes.)* | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formule 35.1 :** | | | | | **Affidavit (responsabilité décisionnelle, temps parental, contacts)** | | | | | | | **(page 4)** | Numéro de dossier du greffe | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.** | **L’autre partie est-elle liée par une ordonnance de protection civile, comme une ordonnance interdictive, ou partie à une instance en matière de protection civile? Dans l’affirmative, fournissez des détails.** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **10.** | | **Savez-vous si l’autre partie est actuellement accusée d’une infraction criminelle ou assujettie à une ordonnance en matière criminelle qui se rapporte à vous ou à un membre de votre famille? Dans l’affirmative, fournissez des détails.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **11.** | | **Au mieux de ma connaissance, l’enfant ou les enfants dans cette cause ont habité, depuis leur naissance, avec le ou les fournisseurs de soins suivants:** *(notamment un parent, un tuteur ou une tutrice légal(e) ou une société d’aide à l’enfance)* | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de l’enfant** | | | | | | | **Nom(s) du ou des fournisseurs de soins** *(Si l’enfant a été confié aux soins d’une société d’aide à l’enfance, indiquez le nom de la société.)* | | | | | | | | **Période(s) passée(s) avec le ou les fournisseurs de soins** (du j, m, a au j, m, a) |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| **12.** | | **Mon programme concernant les soins à donner à l’enfant ou aux enfants et leur éducation est le suivant :** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | a) | Je me propose d’habiter à l’adresse suivante : | | | | | | | |  | | | | |
|  | | b) | Les personnes suivantes (autres que l’enfant ou les enfants concernés par cette cause) habiteront avec moi : | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom officiels de cette personne et autres noms qu’elle a utilisés** | | | | | | **Date de naissance** *(j, m, a)* | | **Lien par rapport à vous-même** | | **Un enfant de cette personne a-t-il déjà été confié aux soins d’une société d’aide à l’enfance?** *(Dans l’affirmative, donnez des précisions.)* | | | | **Cette personne a-t-elle été reconnue coupable d’une infraction criminelle (pour laquelle la réhabilitation ne lui a pas été octroyée) ou est-elle actuellement sous le coup d’accusations au criminel?** *(Dans l’affirmative, donnez des précisions.)* | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | c) | **Les décisions à l’égard de l’enfant ou des enfants (notamment en ce qui a trait à l’éducation, aux soins médicaux, à l’enseignement religieux ou aux activités parascolaires) seront prises :** | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | **conjointement par moi-même et par** *(nom(s) de la ou des personnes)* | | | | | |  | | | | | |
|  | |  |  | **par moi-même** | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | **par** *(nom(s) de la ou des personnes)* | | | | |  | | | | | | |
|  | |  |  | (S’il y a lieu, donnez des précisions supplémentaires ci-dessous.) | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formule 35.1 :** | | | | **Affidavit (responsabilité décisionnelle, temps parental, contacts)** | | | | | | | | | | | **(page 5)** | Numéro de dossier du greffe | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | d) |  | **Je suis parent au foyer.** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | **Je travaille :** | | |  | **à temps plein.** | | |  | **à temps partiel.** | | | | | | |
|  |  |  | **Je fais des études :** | | | | |  | **à temps plein.** | | | |  | **à temps partiel.** | | | |
|  |  |  | **chez/à (au) :** *(nom de votre lieu de travail ou de votre établissement d’enseignement)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | **Je m’attends à ce que mes projets de travail ou d’études, ou les deux, changent de la façon suivante :** *(Ne remplir que si vous savez ou prévoyez que vous ferez quelque chose de différent de ce que vous faites actuellement.)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e) | **L’enfant ou les enfants fréquenteront l’école ou la garderie ou seront confiés régulièrement aux soins d’autres personnes comme suit :** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | f) | **Mon programme pour le temps que passera l’autre parent avec l’enfant, qui est dans l’intérêt véritable de l’enfant, est le suivant :** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | g) | **Mon programme pour que l’enfant ou les enfants aient des contacts avec d’autres personnes, y compris d’autres membres de la famille, est le suivant :** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | h) | Cochez la case appropriée : | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | **L’enfant ou les enfants n’ont pas de besoins particuliers en matière de soins médicaux, d’éducation, de santé mentale ou de développement.** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | **L’enfant ou un ou plusieurs des enfants ont les besoins particuliers suivants et recevront le soutien et les services qui satisfont à ces besoins comme suit :** *(Si un enfant n’a pas de besoins particuliers, vous n’avez pas à fournir de renseignements à son sujet ci-dessous.)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | **Nom de l’enfant** | | | **Besoin(s) particulier(s) touchant** | | | | | | | **Description des besoins de l’enfant** | | | | | **Soutien ou service que recevra l’enfant** *(Indiquez notamment le nom des médecins, des conseillers ou des centres de traitement qui fournissent ou fourniront du soutien ou des services à l’enfant.)* |
|  |  |  | | | les soins médicaux  l’éducation  la santé mentale  le développement  autre | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  |  | | | les soins médicaux  l’éducation  la santé mentale  le développement  autre | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  |  | | | les soins médicaux  l’éducation  la santé mentale  le développement  autre | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  |  | | | les soins médicaux  l’éducation  la santé mentale  le développement  autre | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  |  | | | les soins médicaux  l’éducation  la santé mentale  le développement  autre | | | | | | |  | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formule 35.1 :** | | | | | | **Affidavit (responsabilité décisionnelle, temps parental, contacts)** | | | | | | | **(page 6)** | | | | Numéro de dossier du greffe |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | i) | | **Je bénéficierai du soutien des membres de la parenté, des amis ou des services communautaires suivants pour ce qui est des soins à fournir à l’enfant ou aux enfants :** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **13.** | | **Je reconnais que le tribunal requiert des renseignements exacts et à jour sur mon programme afin de rendre une ordonnance de parentage qui est dans l’intérêt véritable de l’enfant ou des enfants (paragraphe 35.1 (7)). Si, avant qu’une ordonnance définitive ne soit rendue dans cette cause :** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | a) | | soit des changements se produisent dans ma vie ou dans mes circonstances qui ont une incidence sur les renseignements fournis dans le présent affidavit; | | | | | | | | | | | | | |
|  | | b) | | soit je me rends compte que les renseignements qui figurent dans le présent affidavit sont inexacts ou incomplets, | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **je signifierai et déposerai immédiatement :** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | a) | | soit un affidavit à l’appui d’une demande de garde ou de droit de visite (formule 35.1), mis à jour; | | | | | | | | | | | | | |
|  | | b) | | soit, si la correction ou le changement est mineur, un affidavit rédigé selon la formule 14A qui décrit la correction ou le changement et en indique l’incidence sur mon programme concernant les soins à donner à l’enfant ou aux enfants et leur éducation. | | | | | | | | | | | | | |
| **14.** | | **J’ai reçu, l’autre partie a reçu et/ou les enfants concernés par l’affaire en question ont reçu des services d’une agence de protection de l’enfance.** *(Cochez la case appropriée)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | **Oui** | |  | | **Non** | | | | | | | | |
| **15.** | | **Si j’ai été partie ou si l’autre partie et/ou les enfants concernés par l’affaire en question ont été parties à une affaire de protection de l’enfance, ou si j’ai reçu ou si l’autre partie a reçu ou si les enfants concernés par l’affaire en question ont reçu des services d’une agence de protection de l’enfance, je reconnais que je dois remplir la formule 35.1A et la déposer au greffe.** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | (Apposez vos initiales ici pour indiquer que vous avez lu les paragraphes 13 à 15 et que vous le comprenez.) | | | | | | | | | |
| **REMARQUE : Si vous n’êtes pas un parent de l’enfant, au sens de la *Loi portant réforme du droit de l’enfance,* et que vous demandez une ordonnance vous accordant la responsabilité décisionnelle à l’égard de l’enfant, vous devez aussi remplir la partie B du présent affidavit.**  **Aux fins de la présente formule et en vertu de la *Loi portant réforme du droit de l’enfance,* un parent peut inclure les personnes suivantes :**   * **La personne qui donne naissance à un enfant (le « parent de naissance »).** * **Si un enfant a été conçu par des relations sexuelles, la personne qui est mariée ou qui vit avec la personne qui donne naissance à l’enfant au moment de la naissance de l’enfant (un « conjoint »).** * **La personne qui est certifiée être un parent de l’enfant en vertu de la *Loi sur les statistiques de l’état civil.*** * **La personne qu’un tribunal a déclarée être un parent de l’enfant.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pour de plus amples renseignements sur la question de savoir si vous êtes ou non un parent aux fins de la présente formule, consultez la *Loi portant réforme du droit de l’enfance* ou un avocat.**  **Si vous devez remplir la partie B, vous n’avez pas à souscrire l’affidavit ici. Vous le ferez à la fin de la partie B.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Déclaré sous serment/Affirmé  solennellement devant moi à | | | | | | | | | |  | | | |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | municipalité | | | |  |  |
| en/à/au | | |  | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | province, État ou pays | | | | | | | | | | |  |  |
| le |  | | | | | | | | | |  |  | |  |  | Signature (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.) | |
|  | Date | | | | | | | | | |  | Commissaire aux affidavits | |  |  |
| (Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d'imprimerie ci-dessous si la signature est illisible.) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formule 35.1 :** | | | **Affidavit (responsabilité décisionnelle, temps parental, contacts)** | | | | | | | **(page 7)** | Numéro de dossier du greffe | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **PARTIE B À NE REMPLIR QUE PAR UNE PERSONNE QUI N’EST PAS UN PARENT ET QUI  DEMANDE UNE ORDONNANCE LUI ACCORDANT LA RESPONSABILITÉ DÉCISIONNELLE** | | | | | | | | | | | | |
| Si vous êtes un parent de l’enfant au sens de la *Loi portant réforme du droit de l’enfance* et que vous demandez une ordonnance vous accordant la responsabilité décisionnelle, vous ne devez pas remplir cette partie de la formule.  Personnes qui ne sont pas un parent :   * Un grand-père, une grand-mère, une tante, un oncle; * Un donneur de sperme; * Un substitut; * Un parent par alliance.   Pour de plus amples renseignements sur la question de savoir si vous êtes ou non un parent aux fins de la présente formule, consultez la *Loi portant réforme du droit de l’enfance* ou un avocat. | | | | | | | | | | | | |
| **AVIS :** Si vous n’êtes pas un parent et que vous demandez une ordonnance vous accordant la responsabilité décisionnelle à l’égard d’un enfant, le personnel du tribunal vérifiera les bases de données que tiennent les tribunaux de l’Ontario dans le but de déterminer les instances en droit de la famille antérieures ou en cours dans lesquelles vous ou l’enfant ou les enfants avez pu ou pouvez être engagés et vous fournira la liste de ces instances. Le tribunal prendra connaissance de ces renseignements et vous devez en fournir une copie aux autres parties.  Si la liste contient des renseignements concernant une personne autre que vous, vous pouvez souscrire un affidavit attestant que vous n’êtes pas la même personne que celle dont le nom figure sur la liste. | | | | | | | | | | | | |
| **Outre les renseignements fournis à la partie A, je déclare sous serment/j’affirme solennellement que les renseignements suivants sont véridiques :** | | | | | | | | | | | | |
| **16.** | **Au mieux de ma connaissance, l’enfant ou les enfants dans cette cause ont été engagés dans les causes suivantes portant sur la responsabilité décisionnelle, le temps parental ou les contacts :** *(N’indiquez PAS les causes dans lesquelles l’enfant a été accusé en vertu de la* Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents *(Canada)*.*)* | | | | | | | | | | | |
| **Nom(s) de l’enfant ou des enfants** | | | | | **Nature de la cause** | | | | **Précisions sur la cause** | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
| **17.** | **Vous devez déposer une vérification des dossiers de police auprès du tribunal. Cochez la case ci-dessous qui s’applique à vous :** | | | | | | | | | | | |
|  |  | **J’ai joint au présent affidavit une copie de ma vérification des dossiers de police datée du** *(date du rapport* *du* corps | | | | | | | | | | |
|  |  | de police local) | |  | | | **. Depuis la date à laquelle a été achevée la vérification des dossiers** | | | | | |
|  |  | **de police ci-jointe, j’ai été reconnu(e) coupable ou accusé(e) de l’infraction ou des infractions suivantes :** | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | **Le** *(date)* |  | | | | | **, j’ai fait parvenir une demande de vérification des dossiers** | | | | |
|  |  | **de police à/au** *(nom du corps de police local)* | | | |  | | | | | | **.** |
|  |  | **J’accepte de signifier et de déposer la vérification des dossiers de police auprès du tribunal dans les 10 jours après l’avoir reçue. Je comprends que le tribunal ne peut pas rendre une ordonnance m’accordant la responsabilité décisionnelle à l’égard de l’enfant ou des enfants avant que je n’aie déposé la vérification des dossiers de police.** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formule 35.1 :** | | | | | | **Affidavit (responsabilité décisionnelle, temps parental, contacts)** | | | | | | | **(page 8)** | | | | Numéro de dossier du greffe |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **18.** | | **Depuis que j’ai atteint l’âge de 18 ans ou que je suis devenu(e) parent, selon la première de ces éventualités, j’ai habité aux endroits suivants :** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dates approximatives** *(du mois/année au mois/année)* | | | | | | | | | | | | **Cité, ville ou municipalité où vous avez habité** *(Si vous avez habité à l’extérieur de l’Ontario, indiquez le nom de la province, de l’État ou du pays.)* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **19.** | | | **J’ai fourni au tribunal la formule de consentement signée, qui autorise chacune des sociétés d’aide à l’enfance énumérées ci-dessous à me faire parvenir, ainsi qu’au tribunal, un rapport indiquant ce qui suit :** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **.** | **si la société a des dossiers, aux sens des règlements pris en application de la *Loi portant réforme du droit de l’enfance*, qui me concernent;** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **.** | **la date d'ouverture de tout sous-dossier et, le cas échéant, la date de sa fermeture.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | i) | Nom de la société d’aide à l’enfance : | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | ii) | Nom de la société d’aide à l’enfance : | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | iii) | Nom de la société d’aide à l’enfance : | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | iv) | Nom de la société d’aide à l’enfance : | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | v) | Nom de la société d’aide à l’enfance : | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | vi) | Nom de la société d’aide à l’enfance : | | | | | | |  | | | | | | |
| **20.** | | | **Je comprends que si un rapport d’une société d’aide à l’enfance indique que la société a des dossiers qui me concernent, ce rapport sera alors communiqué à l’entité et aux personnes suivantes, sauf ordonnance contraire du tribunal :** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | a) | le tribunal; | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | b) | les autres parties à cette cause; | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | c) | l’avocat de l’enfant ou des enfants, s’il y en a un dans cette cause. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Je comprends que si je désire présenter une motion en vue d’obtenir du tribunal qu’il ne divulgue pas tout ou partie de ce rapport, je dois déposer cette motion auprès du tribunal au plus tard **20 jours** après le jour où le tribunal reçoit le dernier rapport. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Je comprends également que tout rapport indiquant qu’une société d’aide à l’enfance n’a aucun dossier qui me concerne ne sera pas communiqué au tribunal, aux autres parties ou à l’avocat de l’enfant ou des enfants. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | (Apposez vos initiales ici pour indiquer que vous avez lu ce paragraphe et que vous le comprenez.) | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Déclaré sous serment/Affirmé  solennellement devant moi à | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  | |
|  | | | | | | | | municipalité | | | | | |  |  |
| en/à/au | | | | |  | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | province, État ou pays | | | | | | | | |  |  |
| le |  | | | | | | | |  |  | | | |  |  | Signature (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.) | |
|  | Date | | | | | | | |  | Commissaire aux affidavits | | | |  |  |
| (Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d'imprimerie ci-dessous si la signature est illisible.) | | | |