ONTARIO

Nº de dossier du greffe

_____
(Nom du tribunal)

situé(e) au _____
Adresse du greffe

Formule 8D.4 : Avis de révocation du droit de visite

_____

À : _____
(nom de la personne ayant le droit de visiter l'enfant ou de communiquer avec lui)

Le présent avis vise à vous informer que *(nom de la société d'aide à l'enfance)* _____

prévoit :

☐ **placer l'enfant** *(nom et prénoms officiels et date de naissance de l'enfant)* _____

_____ **en adoption.**

☐ **vous placer en adoption.**

Ainsi, l'ordonnance de visite décrite ci-dessous ne sera plus en vigueur. Votre droit de visite prendra fin, à moins que vous ne disposiez d'un accord ou d'une ordonnance de communication en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

Informations au sujet de l'ordonnance qui prendra fin

Nº de dossier du greffe	Adresse du greffe	Nom du juge	Date de l'ordonnance
Détails concernant l'ordonnance de visite qui prendra fin			

_____ _____
Signature de l'employé(e) de la société d'aide à l'enfance *Date de la signature*

_____
(Nom et titre de l'employé(e) de la société d'aide à l'enfance)

Sauvegarder Imprimer Effacer