|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ONTARIO | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | Numéro de dossier du greffe | | |
| (Nom du tribunal) | | | | | | | | | | | Formule 33B : Programme de soins d’un ou de plusieurs enfants (société d’aide à l’enfance) | | |
| **situé(e) au** | | |  | | | | | | | |
|  | | | Adresse du greffe | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| Requérant(e)(s) *(Dans la plupart des causes, le/la requérant(e) sera une société d’aide à l’enfance.)* | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) *(Dans la plupart des causes, l’intimé(e) sera un «parent » au sens de l’article 74 de la* Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*.)* | | | | | | | | | | | | | | |
| 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). | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | | | | |
| Avocat des enfants | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom et adresse aux fins de signification de la personne qui représente l’avocat(e) des enfants (numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant)) et nom de la personne représentée. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ne remplissez que les points applicables et biffez les autres.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | Je m’appelle/Nous nous appelons *(nom et prénom officiels)* | | | | | | |  | | | | | | |
|  | et je suis/nous sommes *(indiquez le poste que vous occupez à la société d'aide à l’enfance)* | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | L’enfant ou les enfants dans cette cause s’appellent : | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Nom et prénom officiels de l’enfant** | | | | **Date de naissance** | | | | | | | | | **Sexe** |
|  |  | | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | | | |  |
| **3.** |  | Après que le tribunal conclut que l’enfant ou les enfants ont besoin de protection aux termes de la partie V de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*, je demande/nous demandons au tribunal de rendre une ordonnance. | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Le tribunal a déjà conclu le *(date)* | |  | | | | | | que l’enfant ou les enfants avaient | | | | |
|  | | besoin de protection aux termes de la partie V de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse* | | | | | | | | | | | | |
|  | | *et à la famille* et il a rendu une ordonnance le *(date)* | | | | | | |  | | | | . Je demande/Nous | |
|  | | demandons maintenant au tribunal de rendre une autre ordonnance. | | | | | | | | | | | | |
|  | Les éléments de la nouvelle ordonnance demandée au tribunal sont les suivants : *(Donnez les éléments de cette ordonnance. Si vous désirez qu’elle comprenne une surveillance par la société d’aide à l’enfance, précisez-en les conditions.)* | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Tracez une ligne en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33B : | | Programme de soins d’un ou de plusieurs enfants (société d’aide à l’enfance) | (page 2) | Numéro de dossier du greffe |
|  | |  |
|  | | | | |
| **4.** | Les services dont la famille et l’enfant ou les enfants ont besoin et qui leur seront fournis sont les suivants : *(Décrivez les services en question, qui en a besoin et qui les fournira.)* | | | |
|  |  | | | |
| **5.** | La société d’aide à l’enfance s’attend à ce que l’intimé(e) ou les intimé(e)s respectent certaines conditions avant qu’elle ne puisse décider que la surveillance de l’enfant ou des enfants n’est plus nécessaire ou qu’il n’est plus nécessaire de le confier ou de les confier aux soins d’une société. La violation de ces conditions pourrait entraîner des conséquences très graves. Les conditions sont les suivantes : *(Énoncez les conditions et le délai prévu pour les respecter.)* | | | |
|  |  | | | |
| Tracez une ligne en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33B : | | Programme de soins d’un ou de plusieurs enfants (société d’aide à l’enfance) | (page 3) | Numéro de dossier du greffe |
|  | |  |
|  | | | | |
| **6.** | L’enfant ou les enfants ne peuvent pas être adéquatement protégés pendant qu’ils sont confiés aux soins de l’intimé(e) ou des intimé(e)s parce que : *(Indiquez les raisons.)* | | | |
|  |  | | | |
| **7.** | Les efforts suivants ont été déployés dans le passé pour protéger l’enfant ou les enfants pendant qu’ils étaient confiés aux soins de l’intimé(e) ou des intimé(e)s : *(Décrivez les efforts déployés. S’il n’y en a pas eu, expliquez pourquoi.)* | | | |
|  |  | | | |
| **8.** | Les efforts suivants sont prévus pour maintenir l’enfant ou les enfants en contact avec l’intimé(e) ou les intimé(e)s : *(Décrivez les efforts prévus. Écrivez « Néant » si vous n’en prévoyez pas.)* | | | |
|  |  | | | |
| **9.** | Les mesures suivantes ont été déjà prises ou sont en train d’être prises pour reconnaître l’importance de la culture de l’enfant et préserver son patrimoine, ses traditions et son identité culturelle. | | | |
|  |  | | | |
| Tracez une ligne en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33B : | | | Programme de soins d’un ou de plusieurs enfants (société d’aide à l’enfance) | | | | | | | | (page 4) | | | | Numéro de dossier du greffe | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PART 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10.** | La société d’aide à l’enfance a soustrait l’enfant ou les enfants aux soins de l’intimé(e) ou des intimé(e)s et envisage | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | que ce soit | | |  | | à titre temporaire. | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | en permanence. *(Si la société d’aide à l’enfance ne demande pas une ordonnance ayant pour effet de confier l’enfant aux soins d’une société de façon prolongée, décrivez les efforts accomplis par la société d’aide à l’enfance pour assurer le placement à long terme et stable de l’enfant.)* | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **11.** | (À remplir si la société d’aide à l’enfance demande une ordonnance ayant pour effet de confier l’enfant aux soins d’une société de façon prolongée.) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Des efforts seront faits en vue d’aider l’enfant à développer des relations positives, solides et durables au sein d’une famille au moyen d’une des mesures suivantes : | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | l’adoption | | | | |  | l’ordonnance de garde prévue au paragraphe 116 (1) | | | | |  | un programme de soins conformes aux traditions | | |
|  |  | autre mesure *(Donnez les précisions dont vous disposez.)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12.** | Le présent programme de soins a été signifié et des précisions à son sujet ont été données à l’intimé(e) ou aux intimé(e)s et aux personnes nommées ci-dessous : | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Écrivez en caractères d’imprimerie le nom de la personne à qui le programme a été expliqué** | | | | | | | | **Écrivez en caractères d’imprimerie le nom de la personne qui a expliqué le programme** | | | | | | | **Date de l’explication** |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Tracez une ligne en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
| Date de la signature | | | | | | | | | |  | | Signature | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
| Date de la signature | | | | | | | | | |  | | Signature | | | | |