|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ONTARIO | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | Numéro de dossier du greffe | |
| (Nom du tribunal) | | | | | | Formule 33B.1 : Défense et programme de soins (parties autres qu’une société  d’aide à l’enfance) | |
| **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). | | | |
|  | | | |  |  | | | |
| 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. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **À LA/AU(X) REQUÉRANT(E)(S) :** | | | | | | | | |
| (Avis à l’/aux intimé(e)(s) : Si vous présentez une demande contre une personne qui n’est pas le/la requérant(e), indiquez les nom et adresse de la personne ici.) | | | | | | | | |
| **ET À :***(nom et prénom officiels)* | |  | | | | | | **, intimé(e) joint(e),** |
| **du** *(adresse de la partie jointe aux fins de signification)* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| (Avis à l’/aux intimé(e)(s) : Vous devez remplir, signifier, déposer et mettre à jour la présente formule si des changements importants concernant l’enfant ou les enfants interviennent après que vous l’avez signée.) | | | | | | | | |
| Je m’appelle/Nous nous appelons *(nom et prénom officiels)* | | |  | | | | | |
| et je suis/nous sommes *(indiquez votre lien par rapport à l’enfant ou aux enfants)* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

| Formule 33B.1 : | | Défense et programme de soins (parties autres qu’une société d’aide à l’enfance) | | | | | | (page 2) | | Numéro de dossier du greffe | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| PARTIE 1 | | | | | | | | | | | |
| **1.** | L’enfant ou les enfants dans cette cause s’appellent : | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom officiels de l’enfant** | | | **Date de naissance** | | **Âge** | **Sexe** | **Noms et prénoms  officiels des parents** | | | **L'enfant est-il inuit, métis ou de Premières Nations?** | **Bandes et communautés inuites, métisses ou de Premières Nations auxquelles appartient l’enfant** |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **2.** | Les personnes suivantes ont assumé la garde de l’enfant ou des enfants et leur ont fourni des soins au cours de l’année dernière : | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom de l’enfant** | | | | **Nom de l’autre ou des autres fournisseurs de soins** | | | | | **Période passée avec le ou les fournisseurs de soins** *(*du *jour, mois, an* au *jour, mois, an)* | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33B.1 : | | | | | Défense et programme de soins (parties autres qu’une société d’aide à l’enfance) | (page 3) | Numéro de dossier du greffe |
|  | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| PARTIE 2 | | | | | | | |
| **3.** | S’il s’agit d’une requête en protection d’un enfant, remplissez la présente partie, puis passez à la partie 4. *(S’il s’agit d’une révision de statut, remplissez la partie 3, puis passez à la partie 4.)* | | | | | | |
|  | (Cochez la ou les cases appropriées.) | | | | | | |
|  |  | Je suis/Nous sommes d’accord avec les faits suivants énoncés : | | | | | |
|  | |  | | au point 6 de la requête (formule 8B). | | | |
|  | |  | | au point 3 de la requête (formule 8B.1). | | | |
|  | | *(Reportez-vous au(x) paragraphe(s) numéroté(s) sous le point 6/point 3 de la requête.)* | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  |  | Je ne suis/Nous ne sommes pas d’accord avec les faits suivants énoncés : | | | | | |
|  | |  | | au point 6 de la requête (formule 8B). | | | |
|  | |  | | au point 3 de la requête (formule 8B.1). | | | |
|  | | *(Reportez-vous au(x) paragraphe(s) numéroté(s) sous le point 6/point 3 de la requête.)* | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| ***REMARQUE :*** | | | *Si vous avez l’intention de contester la position de la société d’aide à l’enfance à l’audience sur les soins et la garde temporaires, un affidavit rédigé selon la formule 14A* ***DOIT*** *également être signifié aux parties et déposé auprès du tribunal.* | | | | |
| (Joignez une page supplémentaire au besoin et numérotez-la.) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33B.1 : | | | | Défense et programme de soins (parties autres qu’une société  d’aide à l’enfance) | (page 4) | Numéro de dossier du greffe |
|  | | | |  |
|  | | | | | | |
| PARTIE 3 | | | | | | |
| **4.** | S’il s’agit d’une révision de statut, remplissez la présente partie, puis passez à la partie 4. *(S’il s’agit d’une requête en protection, remplissez la partie 2, puis passez à la partie 4.)* | | | | | |
|  | (Cochez la ou les cases appropriées.) | | | | | |
|  |  | Je suis/Nous sommes d’accord avec les faits suivants énoncés : | | | | |
|  | |  | au point 6 de la requête (formule 8B). | | | |
|  | |  | au point 3 de la requête (formule 8B.1). | | | |
|  | | *(Reportez-vous au(x) paragraphe(s) numéroté(s) sous le point 6/point 3 de la requête.)* | | | | |
|  | |  | | | | |
|  |  | Je ne suis/Nous ne sommes pas d’accord avec les faits suivants énoncés : | | | | |
|  | |  | au point 6 de la requête (formule 8B). | | | |
|  | |  | au point 3 de la requête (formule 8B.1). | | | |
|  | | *(Reportez-vous au(x) paragraphe(s) numéroté(s) sous le point 6/point 3 de la requête.)* | | | | |
|  | |  | | | | |
| (Joignez une page supplémentaire au besoin et numérotez-la.) | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33B.1 : | | | Défense et programme de soins (parties autres qu’une société  d’aide à l’enfance) | (page 5) | Numéro de dossier du greffe |
|  | | |  |
|  | | | | | |
| PARTIE 4 | | | | | |
| **5.** | Quel placement et quelles conditions de placement seraient à votre avis dans l’intérêt véritable de l’enfant ou des enfants? *(Vous devez au moins inclure dans votre programme de soins les renseignements suivants. Si votre programme est différent pour un enfant particulier, remplissez un programme distinct pour celui-ci.)* | | | | |
|  | a) | Où habiterez-vous? | | | |
|  | b) | Qui habitera avec vous, le cas échéant? | | | |
|  | c) | Où l’enfant ou les enfants habiteront-ils? | | | |
|  | d) | À quelle école ou garderie iront l’enfant ou les enfants? | | | |
|  | e) | Quels jours et aux quelles heures l’enfant ou les enfants seront-ils à l’école ou en garderie? | | | |
|  | f) | Êtes-vous inscrit(e) à l’école ou auprès d’un service de consultation? | | | |
|  | g) | Si vous êtes inscrit(e) auprès d’un service de consultation, où est-il situé? | | | |
|  | h) | À quels services de soutien ferez-vous appel pour l’enfant ou les enfants? | | | |
|  | i) | Bénéficiez-vous d’un soutien familial ou communautaire? | | | |
|  | j) | Si vous bénéficiez d’un soutien familial ou communautaire, qui vous aidera et de quelle façon? | | | |
|  | k) | Quelles seront les activités de l’enfant ou des enfants? | | | |
|  | l) | Quelle sera votre source de revenu? | | | |
|  | m) | Avez-vous un emploi ou faites-vous des études? | | | |
|  | n) | Si vous avez un emploi ou faites des études, quels en sont les détails, y compris les jours et les heures où vous travaillez ou suivez des cours, et qui s’occupera de votre enfant ou de vos enfants pendant ce temps-là? | | | |
|  |  |  | | | |
|  | o) | Indiquez pourquoi vous estimez que ce programme serait dans l’intérêt véritable de l’enfant ou des enfants. | | | |
|  |  | (Joignez une page supplémentaire au besoin et numérotez-la.) | | | |
|  | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33B.1 : | | Défense et programme de soins (parties autres qu’une société  d’aide à l’enfance) | | (page 6) | Numéro de dossier du greffe |
|  | |  |
|  | | | | | |
| **6.** | Les personnes suivantes disposent de renseignements qui appuient mon/notre programme : | | | | |
|  | **Nom** | | **Renseignements** | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| (Joignez une page supplémentaire au besoin et numérotez-la.) | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33B.1 : | | | | Défense et programme de soins (parties autres qu’une société  d’aide à l’enfance) | | | | | (page 7) | | | | | Numéro de dossier du greffe | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARTIE 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Demandes de l’intimé(e) ou des intimé(e)s** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (Remplissez une page distincte pour chaque personne contre laquelle vous présentez vos demandes.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.** | **LA PRÉSENTE DEMANDE EST PRÉSENTÉE CONTRE** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | **LA SOCIÉTÉ D’AIDE À L’ENFANCE (OU UN AUTRE REQUÉRANT)** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | **UNE PARTIE JOINTE,** soit *(nom et prénom officiels)* | | | | | | |  | | | | | | |
|  | (Si votre demande est présentée contre une partie jointe, assurez-vous que son nom figure à la page 1 de la présente formule.) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.** | **JE DEMANDE/NOUS DEMANDONS AU TRIBUNAL L’ORDONNANCE SUIVANTE :** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (Les demandes ci-dessous comprennent les demandes d’ordonnance temporaire.) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Demandes portant sur la protection d’un ou de plusieurs enfants | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | le droit de visite | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | une ordonnance de protection moindre | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | leur retour à mes/nos soins | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | leur placement sous la garde de *(nom)* : | | | | |  | | | | | | | |  |  |
|  |  | *(article 102, ordonnance parentale réputée rendue aux termes de l’art. 28 de la* Loi portant réforme du droit de l’enfance*)* | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | leur placement sous la garde de *(nom)* : | | | | |  | | | | | | | |  |  |
|  |  | *(alinéa 116 (1) b), ordonnance de garde pour un enfant ayant été confié aux soins d’une société de façon prolongée)* | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | qu’ils soient confié aux soins d’une société de façon provisoire pendant | | | | | | | | | |  | mois | | |  |
|  |  | leur placement sous les soins et la garde de *(nom)* | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | , sous réserve de la surveillance de la société | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | les dépens | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | autre *(Précisez.)* | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | Donnez des précisions sur l’ordonnance que vous demandez au tribunal. *(Indiquez notamment le nom de l’enfant ou des enfants concernés par chaque demande.)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | FAITS IMPORTANTS À L’APPUI DE MES/NOS DEMANDES | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | *(Sous forme de paragraphes numérotés, énoncez les faits qui constituent le fondement juridique de vos demandes. Joignez une page supplémentaire au besoin et numérotez-la.)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |