|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | Numéro de dossier de greffe      |
| (Nom du tribunal) | Formule 34B : Consentement d’une personne autre qu’un parent à l’adoption par le conjoint |
| **situé(e) au** |       |
|  | Adresse du greffe |
|  |  |
| **Requérant(e)(s)** *(La première lettre du nom de famille du/de la requérant(e) peut être utilisée.)* |
| *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)** *(S’il y a un(e) intimé(e), la première lettre de son nom de famille peut être utilisée.)* |
| *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).* |
|       |       |
| **1.** | Je m’appelle *(nom et prénom officiels)* |       |
|  | et j’habite à *(municipalité et province)* |       |
| **2.** | Le/la requérant(e) est mon «conjoint» au sens de la partie VIII de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*. |
| 3. | Je ne suis pas un « parent » de l’enfant dans cette cause au sens de la partie VIII de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*. |
| **4.** | Je consens à l’adoption de : *(Donnez les nom et prénom officiels, la date de naissance, le sexe et, s’il est connu, le numéro d’enregistrement de la naissance de la personne qui doit être adoptée. Si cette personne est confiée aux soins d’une société de façon prolongée ou qu’elle a été placée en vue de son adoption par un titulaire de permis ou une société d’aide à l’enfance, vous pouvez utiliser une initiale pour le nom de famille.)* |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *Nom et prénom officiels* | *Date de naissance* | *Sexe* | *Numéro d’enregistrement de la naissance* |
|  | par mon conjoint *(nom et prénom officiels du conjoint)* |       |
|       |  |  |
| *Date des signatures* |  | *Signature de la personne qui n’est pas un parent* |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  | *Signature d’un avocat indépendant* |
|  |  | **REMARQUE :** Le présent consentement doit être signé en présence d’un avocat indépendant qui doit fournir à la page suivante l’affidavit de témoin à la signature attestant la fourniture de conseils juridiques indépendants.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formule 34B :** | **Consentement d’une personne autre qu’un parent à l’adoption par le conjoint** | **(page 2)** | Numéro de dossier de greffe  |
|  |  |
|  |

|  |
| --- |
| AFFIDAVIT DE TÉMOIN À LA SIGNATURE ATTESTANT LA FOURNITUREDE CONSEILS JURIDIQUES INDÉPENDANTS |
| **Je m’appelle** *(nom et prénom officiels)* |       |  |
| **et je déclare sous serment/j’affirme solennellement que les renseignements suivants sont véridiques :** |
|  | **1.** | Je suis membre du Barreau de *(nom du territoire de compétence)* |       |  |
|  | et je ne représente personne d’autre dans cette cause d’adoption. |
|  | **2.** | J’ai expliqué ce qui suit à *(nom et prénom officiels de la personne qui n’est pas un parent)* |  |
|  |  |       |  |
|  | **[ ]**  | la nature et l’effet d’une adoption selon le droit de l’Ontario; |
| **[ ]**  | la nature et l’effet du présent consentement; |
| **[ ]**  | les circonstances dans lesquelles le présent consentement peut être retiré;  |
| **[ ]**  | le droit de recevoir des conseils professionnels. |
|  | **3.** | Après mon explication, la personne m’a dit qu’elle voulait signer le présent consentement. |
| **4.** | J’étais présent(e) lorsque la personne a signé le présent consentement et je l’ai signé comme témoin. |
| Déclaré sous serment/Affirmé solennellement devant moi à |       |  |  |  |
|  | *municipalité* | *Signature* |
| à/en/au |       |  |
| province, État ou pays | *(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 |       |  |  |
|  | *date* | Commissaire aux affidavits(Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d’imprimerie ci-dessous si la signature est illisible.) |
|  |