

Cour des petites créances de _____

N° de la demande _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Créancier

Le ou les créanciers additionnels sont mentionnés sur la formule 1A ci-jointe.

Nom de famille ou nom de la compagnie		
Premier prénom	Deuxième prénom	Également connu(e) sous le nom de
Adresse (numéro et rue, app., unité)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal	N° de télécopieur	
Représentant(e)	N° du BHC	
Address (street number, apt., unit)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal	N° de télécopieur	

Débiteur

Nom de famille ou nom de la compagnie		
Premier prénom	Deuxième prénom	Également connu(e) sous le nom de
Adresse (numéro et rue, app., unité)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal	N° de télécopieur	
Représentant(e)	N° du BHC	
Address (street number, apt., unit)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal	N° de télécopieur	

REMARQUE : L'avis d'audience sur la saisie-arrêt doit être signifié par la personne qui demande l'audience au créancier, au débiteur, au tiers saisi et au cotitulaire de la créance, le cas échéant, et à tout autre intéressé [par. 8.01 (9)].

Court forms are available in English and French at www.ontariocourtforms.on.ca. Visit this site for information about accessible formats.

Tiers saisi

Nom de famille ou nom de la compagnie		
Premier prénom	Deuxième prénom	Également connu(e) sous le nom de
Adresse (numéro et rue, app., unité)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal		N° de télécopieur
Représentant(e)		N° du BHC
Address (street number, apt., unit)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal		N° de télécopieur

Cotitulaire d'une créance (le cas échéant)
 Le ou les cotitulaires additionnels sont mentionnés sur la formule 1A ci-jointe.

Nom de famille ou nom de la compagnie		
Premier prénom	Deuxième prénom	Également connu(e) sous le nom de
Adresse (numéro et rue, app., unité)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal		N° de télécopieur
Représentant(e)		N° du BHC
Address (street number, apt., unit)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal		N° de télécopieur

Autre intéressé (le cas échéant)
 Le ou les intéressés additionnels sont mentionnés sur la formule 1A ci-jointe.

Nom de famille ou nom de la compagnie		
Premier prénom	Deuxième prénom	Également connu(e) sous le nom de
Adresse (numéro et rue, app., unité)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal		N° de télécopieur
Représentant(e)		N° du BHC
Address (street number, apt., unit)		
Cité/ville	Province	N° de téléphone
Code postal		N° de télécopieur

AUX PARTIES :

(La personne qui demande l'audience sur la saisie-arrêt ou son représentant doit communiquer avec le greffier du tribunal pour choisir la date et l'heure où le tribunal pourrait tenir cette audience.)

LE TRIBUNAL PRÉCITÉ TIENDRA UNE AUDIENCE SUR LA SAISIE-ARRÊT le _____ 20 _____ , à _____ (heure) _____ , ou dès que possible par la suite, à/au _____ (Adresse du tribunal et numéro de la salle d'audience)

parce que *(Cochez la case appropriée.)*

- le créancier le débiteur le tiers saisi le cotitulaire d'une créance
 une autre personne intéressée : _____

(Précisez)

déclare ce qui suit : (Donnez, sous forme de paragraphes numérotés, le détail de votre contestation et l'ordonnance ou les ordonnances demandées.)

Des feuilles supplémentaires sont annexées en raison du manque d'espace.

_____ 20 _____

(Signature de la partie ou du/de la représentant(e))

REMARQUE : Si vous ne vous présentez pas à cette audience sur la saisie-arrêt, une ordonnance peut être rendue en votre absence et être exécutée contre vous.



Pour de l'information sur l'accessibilité des services offerts par le tribunal aux personnes ayant des besoins liés à un handicap, composez :



Téléphone : 416 326-2220 / 1 800 518-7901

ATS : 416 326-4012 / 1 877 425-0575