|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | Numéro de dossier du greffe |
| (Nom du tribunal) | Formule 26A : Affidavitdes frais d’exécution |
| **situé(e) au** |       |
|  | Adresse du greffe |
| daté du |       |
| Bénéficiaire(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). |
|       |  |       |
|  |
| Payeur ou payeuse |
| 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). |
|       |  |       |
|  |
| **Je m’appelle** | (nom et prénom officiels) |       |
| **J’habite à** | (municipalité et province) |       |
| **et que les renseignements suivants sont véridiques :** |
| **1.** | Je suis | [ ]  | une personne qui a droit à des sommes aux termes d’une ordonnance ou d’un contrat familial qui est exécutoire devant ce tribunal. |
| Joignezune copiede l’ordon-nance,du contratou del’accord | [ ]  | le gardien, la gardienne, le tuteur ou la tutrice d’un enfant qui a droit à des sommes au profit de l’enfant aux termes d’une ordonnance ou d’un contrat familial qui est exécutoire devant ce tribunal. |
| [ ]  | le ou la cessionnaire d’une personne ou du gardien, de la gardienne, du tuteur ou de la tutrice d’un enfant qui a droit à des sommes aux termes d’une ordonnance ou d’un contrat familial qui est exécutoire devant ce tribunal. |
| [ ]  | un ou une mandataire du directeur du Bureau des obligations familiales. |
|  | [ ]  | *(Autre. Précisez.)* |
|  |  |       |
| **2.** | Pour exécuter l’ordonnance ou le contrat familial, j’ai pris les mesures suivantes pour lesquelles je demande des dépens aux termes des règles de procédure : |
|  | [ ]  | Un interrogatoire sur la situation financière du payeur ou de la payeuse a eu lieu. |
|  | [ ]  | Un bref de saisie-exécution a été délivré, déposé et exécuté. |
|  | [ ]  | Un avis de saisie-arrêt a été délivré, signifié, déposé et exécuté. |
|  | [ ]  | Un bref de saisie-exécution a été modifié par voie de déclaration solennelle. |
|  | [ ]  | Un avis de saisie-arrêt a été modifié par voie de déclaration solennelle. |
|  | [ ]  | *(Autre. Précisez.)* |
|  |  |       |
| Tracez une ligne en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 26A : | Affidavit des frais d’exécution | (page 2) | Numéro de dossier du greffe |
|  |  |  |
|  |
| **3.** | Les détails de ma demande sont les suivants : *(Pour chaque article de dépense, indiquez la date et le montant du paiement. Si les reçus sont disponibles, veuillez les joindre et les numéroter consécutivement.)* |
| **Article de dépense** | **date** | **montant** | **Reçu n°** |
|       |       |       | **1** |
|       |       |       | **2** |
|       |       |       | **3** |
|       |       |       | **4** |
|       |       |       | **5** |
|       |       |       | **6** |
|       |       |       | **7** |
|       |       |       | **8** |
|       |       |       | **9** |
|       |       |       | **10** |
|       |       |       | **11** |
|       |       |       | **12** |
|       |       |       | **13** |
|       |       |       | **14** |
|       |       |       | **15** |
|       |       |       | **16** |
|       |       |       | **17** |
|       |       |       | **18** |
|       |       |       | **19** |
|       |       |       | **20** |
|       |       |       | **21** |
|       |       |       | **22** |
|       |       |       | **23** |
| Au besoin, joignez des feuilles supplémentaires et numérotez-les. |
|  devant moi à |  |  |  |
|       |  |       |  |  |  |
| municipalité |  | province, État ou pays |  |  |  |
| le |       |  |  |  |  | Signature |
|  | date |  | *Commissaire aux affidavits(Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d’imprimerie ci-dessous si la signature est illisible)* |  |  | (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.) |