|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | Numéro de dossier du greffe |
| (Nom du tribunal) | Formule 30B : Contestation du défaut |
| **situé(e) au** |       |
|  | Adresse du greffe |
| 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 la personne désignée comme payeur ou payeuse dans cette cause. |
| Cochez la ou les cases appropriées et écrivez vos raisons dans l’espace réservé à cette fin. Biffez les points qui ne s’appliquent pas à vous et apposez vos initiales. |
| [ ]  | **2.** | Je n’ai omis d’effectuer aucun paiement d’aliments contrairement à ce que laisse entendre l’état des sommes dues parce que : *(Indiquez les raisons.)* |
|  |       |
| [ ]  | **3.** | Je ne dois pas la somme indiquée dans l’état des sommes dues, mais plutôt la somme de |       | $. |
|  |  | La différence s’explique comme suit : |
|  |  | (Expliquez la différence s’il y en a une et si vous savez pourquoi. Si vous avez payé la somme que vous prétendez devoir ici, biffez les points 4 et 5, sinon passez au point 5 et donnez les raisons pour lesquelles vous n’avez pas payé la somme.) |
|  |       |
| Tracez une ligne horizontale en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 30B : | Contestation du défaut | (page 2) | Numéro de dossier du greffe  |
|  |  |  |
|  |
| [ ]  | **4.** | Je dois la somme indiquée dans l’état des sommes dues. |
|  |  | (Passez au point 5 ci-dessous et donnez les raisons pour lesquelles vous n’avez pas payé la somme.) |
|  |       |
| [ ]  | **5.** | Les raisons pour lesquelles je n’ai pas payé la somme que je dois sont les suivantes : *(Indiquez les raisons.)* |
|  |       |
| Tracez une ligne horizontale en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. |
|  devant moi à |  |  |  |
|       |  |       |  |  |  |
| municipalité |  | province, État ou pays |  |  |  |
| le |             |  |  |  |  |  |
|  | date |  | *Commissaire aux affidavits(Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d’imprimerie ci-dessous si la signature est illisible)* |  |  | Signature(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.) |