|  |
| --- |
| 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 oules 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 |