|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | No de dossier du greffe      |
| (Nom du tribunal) | Formule 8D.2 : Avis d’intention de placer un ou plus d’un enfant en vue de leur adoption |
| **situé(e) au** |       |
|  | Adresse du greffe |       |
| **À :** |       |
|  | (nom de l’enfant placé en adoption ou de la personne ayant des droits de visite à l’égard de l’enfant) |
| **Le présent avis vise à vous informer que** *(nom de la société d’aide à l’enfance)* |       |
| **prévoit** (Raturer le paragraphe qui ne s’applique pas à votre cas. NOTE : Dans certains cas, les deux paragraphes s’appliquent.) |
| [ ]  | **placer l’enfant ou les enfants suivants en adoption :** (noms et prénoms officiels et date de naissance de chaque enfant) |
|       |
| [ ]  | **vous placer en adoption.** |
| Autrement dit : *(Ajouter d’autres lignes numérotées au besoin, de façon à inscrire chaque personne supplémentaire.)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Vos droits de visiter |       | prendront fin lorsque |       |
|  |  | *(nom de la personne visée par un droit de visite)* |  | (*nom de l’enfant visé, qui pourrait être vous-même, selon le cas)* |
|  | sera placé en vue de son adoption. |
| 2. | Vos droits de visiter |       | prendront fin lorsque |       |
|  |  | *(nom de la personne visée par un droit de visite)* |  | (*nom de l’enfant visé, qui pourrait être vous-même, selon le cas)* |
|  | sera placé en vue de son adoption. |
| 3. | Vos droits de visiter |       | prendront fin lorsque |       |
|  |  | *(nom de la personne visée par un droit de visite)* |  | (*nom de l’enfant visé, qui pourrait être vous-même, selon le cas)* |
|  | sera placé en vue de son adoption. |
|       |
| *Radier la case ci-dessous si elle ne s’applique pas à ce cas.* |

|  |
| --- |
| **Vous vous êtes vu accorder un droit de visite en vertu de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*.Vous avez le droit de demander une ordonnance de communication à l’égard de :** *(nom de la ou des personnes que le destinataire du présent avis a le droit de visiter et à l’égard de laquelle ou desquelles il peut demander, par voie de requête, une ordonnance de communication.)*  |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 8D.2 : | Avis d’intention de placer un ou plus d’un enfant en vue de leur adoption | (page 2) | No de dossier du greffe  |
|  |

|  |
| --- |
| **Vous disposez de 30 jours, si vous souhaitez demander au tribunal de rendre une ordonnance de communication.**Si vous voulez obtenir le droit de communiquer avec l’une des personnes figurant sur la liste qui précède au moyen d’une ordonnance de communication, vous ou votre avocat(e) devez, **dans les 30 jours suivant la réception du présent avis** :1. Remplir une formule 34L : *Requête en vue d’obtenir une ordonnance de communication*. (Normalement, cette formule devrait se trouver ci-jointe; si ce n’est pas le cas, vous pouvez en obtenir un exemplaire auprès du greffe ou sur [www.ontariocourtforms.on.ca](http://www.ontariocourtforms.on.ca).)
2. Signifier une copie de la formule 34L remplie à toutes les personnes suivantes :
	1. La société d’aide à l’enfance, à l’attention de  , à l’adresse suivante :

* 1. L’avocat des enfants, au Bureau de l’avocat des enfants, au 393, av. University, 14ième étage, Toronto (Ontario) M5G 1E6
	2. L’avocat(e) de l’enfant, le cas échéant.
	3. La personne ou les personnes avec qui vous demandez à communiquer, à l’exception des personnes de moins de 12 ans.
1. Déposer une copie de la formule 34L remplie et de la formule 6B : *Affidavit de signification*. Vous pouvez obtenir ces formules sur le site www.ontariocourtforms.on.ca ou auprès du greffe.

**Si vous ne signifiez pas et ne déposez pas une formule 34L dans les 30 jours suivant la réception du présent avis, vous ne serez pas en mesure de demander une ordonnance de communication.** |
| *Radier la case ci-dessous si elle ne s’applique pas à ce cas.* |

|  |
| --- |
| **Vous êtes une personne à laquelle a été accordé un droit de visite en vertu de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*. Vous ne disposez pas du droit de demander une ordonnance de communication à l’égard de :** |
|       |
| **Chaque personne s’étant vu accorder un droit de visite en vertu de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille* peut demander une ordonnance de communication dans les 30 jours suivant la réception de l’avis.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 8D.2 : | Avis d’intention de placer un ou plus d’un enfant en vue de leur adoption | (page 3) | No de dossier du greffe  |
|  |
| **Renseignements au sujet de l’ordonnance qui prendra fin ou des ordonnances qui prendront fin** |
|  |
| **No de dossier du greffe** | **Adresse du greffe** | **Nom du juge ou des juges** | **Date de l’ordonnance ou des ordonnances** |
|       |       |       |       |
| **Détails concernant l’ordonnance, ou les ordonnances, de visite prenant fin** *(par exemple, préciser qui s’est vu accorder un droit de visite, ainsi que les personnes visées par ce droit)* |
|       |
| **Vous pouvez obtenir l’aide d’une avocate ou d’un avocat.****VOUS DEVRIEZ ENVISAGER D’OBTENIR DES CONSEILS JURIDIQUES DÈS MAINTENANT.** Si vous n’avez pas les moyens de payer une avocate ou un avocat, vous pourriez obtenir de l’aide auprès d’Aide juridique Ontario. Appelez **sans frais** au **1 800 668-8258** pour recevoir de l’aide juridique. Le service est offert dans plus de 120 langues. Pour en savoir plus sur les services offerts par Aide juridique Ontario, visitez [www.legalaid.on.ca](http://www.legalaid.on.ca). |
| **SI VOUS AVEZ MOINS DE 18 ANS**, la société d’aide à l’enfance doit expédier une copie de la présente formule à l'avocat des enfants, à son établissement, soit au Bureau de l’avocat des enfants, 393, av. University, 14ième étage, Toronto (Ontario) M5G 1E6. Vous pouvez communiquer avec le Bureau de l’avocat des enfants au 416-314-8000 et demander à parler à une avocate ou à un avocat. |
|  |  |       |
| Signature de l’employé(e) de la société d’aide à l’enfance |  | Date de la signature |
|       |
| (Nom et titre de l’employé(e) de la société d’aide à l’enfance) |