|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | Numéro de dossier du greffe |
| (Nom du tribunal) | Formule 33F : Consentement au traitement en milieu fermé (personne autre que l’enfant) |
| **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). |
|       |  |       |
| Enfant |
| Nom et prénom officiels : |  | 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). |
|       |
| Date de naissance : |  |       |
|       |
| Sexe : |  |
|       |
|  |
| Nom du programme de traitement en milieu fermé dans cette cause et adresse où il est offert |
|       |
| Je m’appelle *(nom et prénom officiels)* |       | et je suis |
| [ ]  | l’administrateur(trice) du programme de traitement en milieu fermé. Je consens à la présente requête visant |
|  | [ ]  | à placer l’enfant dans le programme. |
|  | [ ]  | à proroger le placement de l’enfant dans le programme. |
|  | [ ]  | à proroger le placement dans le programme de la personne qui y a été admise et qui a maintenant atteint l’âge de 18 ans. |
| [ ]  | le parent de l’enfant. Je consens : |
|  | [ ]  | à cette requête visant à placer mon enfant qui est sous les soins d’une personne autre que l’administrateur du programme de traitement en milieu fermé. |
|  | [ ]  | au placement de mon enfant dans le programme de traitement en milieu fermé pour une période de 180 jours dans cette requête présentée par *(raison sociale de la société d’aide à l’enfance)* |
|  |  |       |
|  | [ ]  | à cette requête de l’administrateur du programme de traitement en milieu fermé visant à proroger l’admission de mon enfant au programme. |
| [ ]  | un(e) représentant(e) autorisé(e) du ministre responsable du programme de traitement en milieu fermé pour enfants et adolescents en Ontario. Je consens à l’admission de l’enfant qui a moins de 12 ans au programme de traitement en milieu fermé : |
|  | [ ]  | temporairement, pendant que cette cause visant à obtenir une ordonnance de placement ou de prorogation du placement est ajournée. |
|  | [ ]  | sur ordonnance définitive du tribunal en vue du placement ou de la prorogation du placement. |
| [ ]  | un(e) agent(e) de *(raison sociale de la société d’aide à l’enfance)* |       |
|  | Je suis autorisé(e), au nom de la société, à consentir à cette requête de l’administrateur du programme de traitement en milieu fermé visant à proroger le placement de l’enfant dans ce programme. |
| [ ]  | la personne qui fait l’objet de cette cause. J’ai 18 ans ou plus. Je consens à cette requête visant à proroger mon placement dans le programme de traitement en milieu fermé auquel je suis actuellement admis. |
|  |  |       |
| Signature |  | Date de la signature |