

Ministère du Procureur général
Bureau de l'avocat des enfants
393, avenue Université
14^e étage
Toronto, ON M5G 1W9
Téléphone : 416-314-8000
Télécopieur : 416-314-8050



Formule d'admission : OCL0050 (08/01)
Affaires concernant les droits de garde ou visite
en vertu de la *Loi sur le divorce* ou
de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance*

Veillez lire cette page avant de remplir la formule.

1. Vous **devez** remplir la présente formule d'admission, seulement si un juge a signé une ordonnance judiciaire demandant au Bureau de l'avocat des enfants de représenter votre(vos) enfant(s).
2. Veuillez retourner la formule dûment remplie, comportant la date et votre signature, **dans les dix jours** qui suivent la date de l'ordonnance de la cour. Vous pouvez nous envoyer la formule par la poste ou par télécopieur. Notre adresse et notre numéro de télécopieur sont indiqués dans la partie supérieure gauche de la présente page. À défaut de recevoir la présente formule à l'intérieur des dix jours qui suivent la date de l'ordonnance judiciaire, nous pouvons décider de fermer le dossier.
3. Les renseignements que vous nous donnez sont importants. Ils nous aident à décider si le Bureau de l'avocat des enfants doit intervenir dans votre dossier.
4. Vous et l'autre partie devez chacun remplir une copie de la formule d'admission. Les termes « autre partie » peuvent désigner votre conjoint, légalement marié ou de fait, vos beaux-parents, les grands-parents ou d'autres personnes intéressées qui revendiquent la garde ou des droits de visites de votre(vos) enfant(s).
5. Si vous êtes représenté(e) par un avocat, veuillez lui en parler avant de remplir la formule. Il peut vous aider à la remplir. **La section XI de la présente formule doit être remplie avec l'aide de votre avocat.** Si vous n'êtes pas représenté par un avocat, veuillez remplir cette page du mieux que vous pourrez.
6. Si vous ignorez la réponse à une question, veuillez indiquer « NSP » (ne sais pas) dans l'espace prévu. Veuillez ne laisser aucun espace blanc.
7. Si vous ne pouvez obtenir les renseignements que nous vous demandons, ou si c'est sans objet, veuillez indiquer « ND » (non disponible ou sans objet) dans l'espace prévu. Nous le répétons, veuillez ne laisser aucun espace blanc.
8. Nous informerons votre avocat (ou vous-même si vous n'êtes pas représenté par un avocat) dès que possible si nous allons nous occuper de votre dossier au nom de votre(vos) enfant(s). Le cas échéant, nous pouvons affecter à votre dossier un avocat, un travailleur social ou les deux.
9. Veuillez prendre note que le Bureau de l'avocat des enfants (BAE) ne peut fournir les services d'un interprète aux parties. Si vous avez besoin d'un interprète pour communiquer avec l'avocat ou le travailleur social affecté à votre dossier, vous devez requérir ces services vous-même. Le BAE réglera les frais de services de l'interprète pour communiquer avec l'enfant/les enfants.

Les renseignements contenus dans la présente formule sont assujettis à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* de l'Ontario. Le Bureau de l'avocat des enfants (BAE) utilisera les renseignements pour décider s'il s'occupera de votre cause. Les renseignements seront également utilisés dans la prestation de nos services professionnels au nom de votre(vos) enfant(s). Par conséquent, les renseignements que vous fournirez dans la présente formule **ne sont pas** confidentiels. Toutefois, veuillez noter que le BAE **ne** transmettra **pas** à l'autre partie ou aux autres parties un exemplaire de la présente formule.

SECTION I : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.	Le Bureau de l'avocat des enfants s'est-il jamais occupé de vous, de l'autre partie ou de votre/vos enfant(s) ?	Oui	Non
	Si oui, à quelle date ?	_____ (JJ/MM/AA)	
2.	Quel était le nom de l'avocat ou du travailleur social affecté à votre dossier ?	_____	
3.	Qu'en a-t-il résulté ?	_____	

SECTION II : RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

Nom	_____
Date de naissance	_____ (JJ/MM/AA)
Lieu de naissance (ville, pays)	_____
Date d'arrivée au Canada	_____ (JJ/MM/AA)
Adresse	_____
Numéro de téléphone	_____ / _____ (Domicile) (Bureau)
Ancien nom (le cas échéant)	_____
Si vous résidez à l'extérieur de la zone de responsabilité du tribunal, le Bureau de l'avocat des enfants exige que vous et votre/vos enfant(s) vous présentiez à la cour désignée pour avoir droit à nos services. Votre signature ci-dessous atteste de votre engagement à respecter cette condition.	
	_____ (Veuillez signer ici)
Nom de votre avocat	_____
Cabinet	_____
Adresse	_____
Numéro de téléphone/télécopieur	_____ / _____ (Téléphone) (Télécopieur)

Êtes-vous employé(e) ?	Oui	Non
Si oui, quelle est votre profession et quel est votre revenu annuel ?	_____ / _____ \$	
Si oui, quel est le nom de votre employeur ?	_____	
Adresse ?	_____	
Pouvons-nous vous téléphoner au travail ?	Oui	Non
Parlez-vous anglais ?	Oui	Non
Parlez-vous français ?	Oui	Non
Votre/vos enfant(s) parle-t-il/parlent-ils anglais ?	Oui	Non
Votre/vos enfant(s) parle-t-il/parlent-ils français ?	Oui	Non
Si vous ne parlez aucune de ces deux langues, quelle(s) langue(s) parlez-vous ?	_____	
Quelle(s) langue(s) parle(nt) votre/vos enfant(s) ?	_____	

SECTION III : RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTRE PARTIE

Nom	_____	
Date de naissance	_____ (JJ/MM/AA)	
Lieu de naissance (ville, pays)	_____	
Date d'arrivée au Canada	_____ (JJ/MM/AA)	
Adresse	_____	
Numéro de téléphone	_____ / _____ (Domicile) (Bureau)	
Ancien nom (le cas échéant)	_____	
Nom de l'avocat	_____	
Cabinet	_____	
Adresse	_____	
Numéro de téléphone/télécopieur	_____ / _____ (Téléphone) (Télécopieur)	
L'autre partie occupe-t-elle un emploi ?	Oui	Non

Si oui, quelle est sa profession et quel est son revenu annuel ? _____ \$

Si oui, quel est le nom de son employeur ? _____

Adresse ? _____

L'autre partie parle-t-elle anglais ? Oui Non

L'autre partie parle-t-elle français ? Oui Non

Si aucune des deux langues, quelle(s) langue(s) parle l'autre partie ? _____

SECTION IV : QUELQUES QUESTIONS DE NATURE GÉNÉRALE

1. Quel est votre lien avec l'enfant/les enfants ?

- Mère
- Père
- Grand-mère maternelle
- Grand-père maternel
- Grand-mère paternelle
- Grand-père paternel
- Autre (veuillez préciser le lien de parenté)

2. Je suis

- Demandeur/Requérant
- Intimé/Défendeur

3. Quel est l'état de votre lien avec l'autre partie engagée dans cette procédure ?

- Séparé
- Divorcé
- Conjoint de fait
- Jamais habité ensemble
- Autre (veuillez préciser)

4. Début de cette relation ? _____
(JJ/MM/AA)

5. Fin de cette relation ? _____
(JJ/MM/AA)

6. Vivez-vous à l'heure actuelle, vous et l'autre partie, sous le même toit ? Oui Non

7. Y a-t-il eu accord de séparation ? (Si oui, joindre une copie) Oui Non

8. Actuellement, qui habite sous votre toit ? _____

SECTION V : RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE/VOS ENFANT(S)

(Si vous avez plus de trois enfants, veuillez joindre une feuille distincte)

Nom du premier enfant _____

- Garçon
- Fille

Date de naissance _____
(JJ/MM/AA)

Nom de la garderie/de l'école _____

Année scolaire _____

Adresse de la garderie/de l'école _____

Numéro de téléphone de la garderie/de l'école _____

Nom de l'éducatrice/de l'enseignant _____

L'enfant a-t-il des besoins particuliers en matière de santé/d'éducation ? Oui Non

Si oui, quels sont-ils ? _____

Veillez fournir les renseignements suivants concernant les professionnels de la santé ou de l'éducation qui s'occupent de votre enfant. (Par exemple : médecin, conseiller, psychologue, psychiatre)

Type de professionnel _____ Nom _____

Adresse _____

_____ Téléphone _____

Type de professionnel _____ Nom _____

Adresse _____

_____ Téléphone _____

Nom du deuxième enfant _____

- Garçon
- Fille

Date de naissance _____
(JJ/MM/AA)

Nom de la garderie/de l'école _____

Année scolaire _____

Adresse de la garderie/de l'école _____

Numéro de téléphone de la garderie/de l'école _____

Nom de l'éducatrice/de l'enseignant _____

L'enfant a-t-il des besoins particuliers en matière de santé/d'éducation ? Oui Non

Si oui, quels sont-ils ? _____

Veillez fournir les renseignements suivants concernant les professionnels de la santé ou de l'éducation qui s'occupent de votre enfant. (Par exemple : médecin, conseiller, psychologue, psychiatre)

Type de professionnel _____ Nom _____

Adresse _____

_____ Téléphone _____

Type de professionnel _____ Nom _____

Adresse _____

_____ Téléphone _____

Nom du troisième enfant _____

- Garçon
- Fille

Date de naissance _____
(JJ/MM/AA)

Nom de la garderie/de l'école _____

Année scolaire _____

Adresse de la garderie/de l'école _____

Numéro de téléphone de la garderie/de l'école _____

Nom de l'éducatrice/de l'enseignant _____

L'enfant a-t-il des besoins particuliers en matière de santé/d'éducation ? Oui Non

Si oui, quels sont-ils ? _____

Veillez fournir les renseignements suivants concernant les professionnels de la santé ou de l'éducation qui s'occupent de votre enfant. (Par exemple : médecin, conseiller, psychologue, psychiatre)

Type de professionnel _____ Nom _____

Adresse _____

_____ Téléphone _____

Type de professionnel _____ Nom _____

Adresse _____

_____ Téléphone _____

SECTION VII : RÔLE DE LA SOCIÉTÉ D'AIDE À L'ENFANCE

1. Une société d'aide à l'enfance a-t-elle joué un rôle quelconque dans votre famille ?

Oui Non

Si oui, pour venir en aide à qui ? _____

Si oui, quelle(s) société(s) d'aide à l'enfance ?

Nom de l'organisme _____

Nom de l'intervenant _____

Numéro de téléphone _____

Adresse _____

Quels étaient les problèmes ?

- Délaissement
- Violence physique
- Agression sexuelle
- Violence psychologique
- Autre (préciser) _____

La société d'aide à l'enfance a-t-elle mené une enquête ?

Oui Non

Le cas échéant, dans quelle mesure s'est-elle occupée de votre affaire ? _____

La société d'aide à l'enfance joue-t-elle toujours un rôle auprès de votre famille ?

Oui Non Si oui, dans quelle mesure ?

- Elle travaille sur une base volontaire avec la famille
- Une ordonnance judiciaire ou une ordonnance de surveillance exige sa présence
- Elle assure un placement familial ou l'hébergement à votre/vos enfant(s)

L'un de vos enfants a-t-il déjà été placé sous la protection de la société d'aide à l'enfance ?

Oui Non Si oui, à quelle date _____ (Le cas échéant, préciser)
(JJ/MM/AA)

- Placement volontaire
- Ordonnance de la cour donnant tutelle à une société
- Ordonnance de la cour donnant tutelle à la Couronne

SECTION VII : COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PAR LA SOCIÉTÉ D'AIDE À L'ENFANCE

Acceptez-vous que la société d'aide à l'enfance divulgue des renseignements sur vous et votre/vos enfant(s) ?

Oui

Non

Le cas échéant, veuillez remplir la présente page.

Je, soussigné, _____, autorise _____
(votre nom) (le nom de la société d'aide à l'enfance)

à divulguer au Bureau de l'avocat des enfants tous les renseignements, y compris les dossiers, les évaluations, les documents, et autre information me concernant ou concernant mon/mes enfant(s)

_____, _____, _____,
_____, (Noms des enfants)

et que la présente soit considérée comme une autorisation valable. J'autorise le Bureau de l'avocat des enfants à réunir, à utiliser et à divulguer tous les renseignements obtenus en vue de déterminer si l'avocat des enfants doit intervenir au nom des enfants et, si le Bureau de l'avocat des enfants juge qu'il doit intervenir, lesdits renseignements peuvent également être utilisés et divulgués dans la prestation de services professionnels dispensés aux enfants.

(Date)

(Signature)

SECTION VIII : VIOLENCE/MAUVAIS TRAITEMENTS

1. Y avait-il de la violence ou des mauvais traitements dans votre relation avec l'autre partie ?
Oui Non

Quand cela s'est-il produit ? _____

(JJ/MM/AA)

- Lorsque vous étiez ensemble
- Depuis la séparation
- Actuellement

Le cas échéant, veuillez décrire le type de violence.

- Physique
- Psychologique
- Verbale
- Agression sexuelle
- Autre (veuillez préciser)

Avez-vous subi des blessures graves ? Oui Non

L'autre partie a-t-elle subi des blessures graves ? Oui Non

Veuillez préciser _____

Des soins médicaux ont-ils été nécessaires pour vos blessures ? Oui Non

Les policiers ont-ils jamais eu à intervenir relativement à la violence ou aux mauvais traitements de l'autre partie ? Oui Non

Avez-vous peur de l'autre partie ? Oui Non

Avez-vous déjà été traqué/suivi/menacé par l'autre partie ? Oui Non

Votre/vos enfants a-t-il/ont-ils été témoin(s) de cette violence ou de ces mauvais traitements ? Oui Non

Votre/vos enfant(s) était-il/étaient-ils présent(s) au moment où vous avez subi cette violence ou ces mauvais traitements ? Oui Non

Y avait-il de la violence ou des mauvais traitements contre votre/vos enfant(s) ? Oui Non

Si oui, venant de qui ? _____

Veuillez décrire la violence contre les enfants.

SECTION IX : RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

1. Un tribunal a-t-il jamais rendu une ordonnance d'interdiction de communiquer contre vous ou l'autre partie ?

Oui Non

Le cas échéant, à l'égard de qui ? _____

Si oui, à quelle date ? _____
(JJ/MM/AA)

2. Avez-vous ou l'autre partie jamais signé un engagement à ne pas troubler l'ordre public ?

Oui Non

Le cas échéant, à l'égard de qui ? _____

Si oui, à quelle date ? _____
(JJ/MM/AA)

3. Les policiers ont-ils jamais eu affaire à vous ou à l'autre partie ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer quels services de police

- La police municipale
- La police provinciale de l'Ontario

Veuillez indiquer l'endroit _____

4. Y a-t-il des renseignements sur des accusations criminelles que nous devrions avoir à votre égard ou concernant l'autre/les autres partie(s) ?

Oui Non

Le cas échéant, veuillez nous en indiquer les détails ci-dessous.

5. Y a-t-il des renseignements sur des questions de santé mentale ou sur un abus de drogues, d'alcool ou autres intoxicants que nous devrions avoir **vous concernant** ?

Oui Non Le cas échéant, veuillez répondre aux questions suivantes.

Type de problème

- Questions / problèmes de santé mentale
- Abus d'alcool
- Abus de drogues
- Autre (veuillez préciser) _____

Type de traitement suivi

- médecin/psychiatre/psychologue
- Conseiller/thérapeute
- Hospitalisation
- Centre de traitement
- Suivi volontaire (AA, NA, etc.)
- Autre (veuillez préciser) _____

Nom du spécialiste en santé mentale _____

Numéro de téléphone _____

Adresse _____

6. Y a-t-il des renseignements sur des questions de santé mentale ou sur un abus de drogues, d'alcool ou autres intoxicants que nous devrions avoir **concernant l'autre/les autres partie(s)** ?

Oui Non Le cas échéant, veuillez répondre aux questions suivantes.

Type de problème

- Questions / problèmes de santé mentale
- Abus d'alcool
- Abus de drogues
- Autre (veuillez préciser) _____

Type de traitement suivi

- médecin/psychiatre/psychologue
- Conseiller/thérapeute
- Hospitalisation
- Centre de traitement
- Suivi volontaire (AA, NA, etc.)
- Autre (veuillez préciser) _____

Nom du spécialiste en santé mentale _____

Numéro de téléphone _____

Adresse _____

SECTION X : RENSEIGNEMENTS POUR AIDER VOTRE/VOS ENFANT(S)

1. Décrivez votre capacité à communiquer avec l'autre/les autres partie(s) à propos de votre/vos enfant(s).

- Incapacité à communiquer
- Communication parfois possible
- Communication presque toujours possible
- Commentaires (veuillez les inscrire ci-après)

2. Veuillez nous informer de vos préoccupations concernant la garde et les droits de visite relatifs à votre/vos enfant(s).

3. Comment, à votre avis, pouvons-nous aider votre/vos enfant(s) ?

SECTION XI : RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTION EN JUSTICE

(À remplir avec l'aide de votre avocat ou par vous-même si vous n'êtes pas représenté par un avocat.)

1. Mon client/Je demande à la cour de rendre une ou plusieurs des ordonnances suivantes :

- garde exclusive de l'enfant/des enfants
- garde conjointe ou partagée de l'enfant/des enfants
- droits de visite à l'enfant/aux enfants (veuillez préciser)

- droits de visite surveillée à l'enfant/aux enfants par
 - le demandeur
 - l'intimé
- pas de droits de visite à l'enfant/aux enfants par
 - le demandeur
 - l'intimé
- cessation des droits de visite à l'enfant/aux enfants par
 - le demandeur
 - l'intimé
- ordonnance d'interdiction de communiquer
- ordonnance d'interdiction de déplacer
- ordonnance pour outrage au tribunal
- pension alimentaire à la faveur du conjoint
- pension alimentaire à la faveur de l'enfant/des enfants
- modification de la pension alimentaire à la faveur de l'enfant/des enfants
- cessation des arriérés de pension alimentaire
- possession exclusive du foyer conjugal
- partage des biens
- évaluation aux termes de l'article 30 de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance*
- médiation aux termes de l'article 31 de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance*
- dépens
- autre (veuillez préciser)

2. Une évaluation portant sur les questions des rapports parents-enfants ou la garde et les droits de visite relativement à votre/vos enfant(s) est-elle en cours ou a-t-elle été achevée ?

Oui Non

Le cas échéant, veuillez joindre une copie de l'évaluation.

Si oui, à quelle date ?

_____ (JJ/MM/AA)

Si oui, par qui ?

3. Avez-vous tenté une médiation avec l'autre/les autres partie(s) ?

Oui Non

Si oui, à quelle date ?

_____ (JJ/MM/AA)

Si oui, par qui ?

4. Quels efforts ont été faits dans le but de régler cette cause ?

5. Votre client/vous-même avez-vous participé à une séance d'information sur les questions relatives à la garde et aux droits de visite ?

Oui Non

Si oui, à quelle date ?

_____ (JJ/MM/AA)

6. Y a-t-il eu d'autres ordonnances judiciaires précédentes relatives aux questions de garde ou de droits de visite ?

Oui Non

Le cas échéant, veuillez joindre une copie de l'ordonnance/des ordonnances.

7. Où est-ce que l'action en justice a été intentée ?

- Cour de justice de l'Ontario
Ontario
- Cour supérieure de justice
Ontario
- Cour supérieure de justice – Cour de la famille

Adresse du tribunal

Numéro de téléphone

8. Prochaine date de comparution :

_____ (JJ/MM/AA)

9. Nature de la prochaine procédure judiciaire ?

- conférence de cause
- conférence de transaction
- motion
- conférence préparatoire au procès
- procès

10. Intitulé de la procédure judiciaire ?

_____/_____
(Demandeur)

(Intimé)

SECTION XII : UTILISEZ CETTE PAGE POUR TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT

Y a-t-il d'autres commentaires dont vous aimeriez nous informer concernant les problèmes que vous éprouvez relativement à la garde ou aux droits de visite ?

Veillez répondre à toutes les questions, joindre tous les documents pertinents et signer et dater la présente formule au bas de cette page.

J'atteste que j'ai examiné les renseignements ci-dessus et que je crois qu'ils sont exacts.

(Date)

(Signature de la partie)