

Electronic Filing Form / Formulaire de dépôt électronique

NOTA: Fill out one form for every electronic document filed. However, if the document filed consists of one or more volumes or is filed for two or more SCC case files, only fill out one form.

Remplir un formulaire pour chaque document électronique déposé. Toutefois, si le document déposé compte plusieurs volumes ou s'il est déposé à l'égard de deux dossiers d'instance ou plus de la CSC, un seul formulaire suffit.

Identify the name of the document from the CD-ROM that relates to this form. / Indiquez le nom du document auquel se rapporte le présent formulaire et qui figure sur le cédérom.											
SCC Case File Number Numéro du dossier d'instance de la CSC :	Indicate the file number. If a document is filed for two or more separate SCC case files, the document needs only to be filed once. / Indiquez le numéro de dossier. Si un même document est déposé à l'égard de deux dossiers d'instance ou plus de la CSC, il n'est pas nécessaire de le déposer dans chaque dossier.										
SCC Document Type Type de document de la CSC:	<input type="checkbox"/> Notice of appeal / Avis d'appel <input type="checkbox"/> Factum / Mémoire <input type="checkbox"/> Record / Dossier <input type="checkbox"/> Book of authorities / Recueil de sources <input type="checkbox"/> Others / Autre: _____										
If this is an appeal as of right, indicate the neutral citation (if any) of the judgment appealed from. / S'il s'agit d'un appel de plein droit, indiquez (si il y a lieu) la référence neutre du jugement dont appel.											
Role Rôle :	Select the appropriate party role that applies to the filed document. Cochez le rôle de la partie qui dépose le document.										
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Appellant (includes AG on a reference) Appelant (inclus PG au renvoi) </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Appellant / Respondent on cross-appeal Appelant / Intimé à l'appel incident </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Respondent Intimé </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Respondent / Appellant on cross-appeal Intimé / Appelant à l'appel incident </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Intervener Intervenant </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Intervener on cross-appeal / Intervenant à l'appel incident </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Amicus curiae </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Amicus curiae on cross-appeal / Amicus curiae à l'appel incident </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Other / Autre _____ </td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Appellant (includes AG on a reference) Appelant (inclus PG au renvoi)	<input type="checkbox"/> Appellant / Respondent on cross-appeal Appelant / Intimé à l'appel incident	<input type="checkbox"/> Respondent Intimé	<input type="checkbox"/> Respondent / Appellant on cross-appeal Intimé / Appelant à l'appel incident	<input type="checkbox"/> Intervener Intervenant	<input type="checkbox"/> Intervener on cross-appeal / Intervenant à l'appel incident	<input type="checkbox"/> Amicus curiae	<input type="checkbox"/> Amicus curiae on cross-appeal / Amicus curiae à l'appel incident	<input type="checkbox"/> Other / Autre _____	
<input type="checkbox"/> Appellant (includes AG on a reference) Appelant (inclus PG au renvoi)	<input type="checkbox"/> Appellant / Respondent on cross-appeal Appelant / Intimé à l'appel incident										
<input type="checkbox"/> Respondent Intimé	<input type="checkbox"/> Respondent / Appellant on cross-appeal Intimé / Appelant à l'appel incident										
<input type="checkbox"/> Intervener Intervenant	<input type="checkbox"/> Intervener on cross-appeal / Intervenant à l'appel incident										
<input type="checkbox"/> Amicus curiae	<input type="checkbox"/> Amicus curiae on cross-appeal / Amicus curiae à l'appel incident										
<input type="checkbox"/> Other / Autre _____											
Filed by: Déposé par :	Provide enough information to identify the filing party. If more than one filing party, indicate the first party only. / Donnez suffisamment d'information pour identifier la partie qui dépose le document. Si celui-ci est déposé par plus d'une partie, indiquez la première partie seulement. _____										
Number of volumes Nombre de volumes :	Total number of volumes/ Nombre total de volumes _____										
Case sensitivity Sensibilité du dossier :	Choose only one of the following / Choisissez seulement une des indications suivantes :										
	<input type="checkbox"/> (Public): Applies to a document that is filed as part of the public record. (Public): S'applique aux documents déposés au dossier public.										
	<input type="checkbox"/> (Non public): Applies to a document that contains sealed or confidential information and is not filed as part of the public record. (Non public): S'applique aux documents qui contiennent de l'information confidentielle ou visée par une ordonnance de mise sous scellés ou confidentielle et qui ne sont pas déposés au dossier public.										
	<input type="checkbox"/> (Redacted): Applies to a document that is the redacted version of a non public document and is filed as part of the public record. (Épuré): S'applique aux documents non publics qui ont été épurés et qui sont déposés au dossier public.										
Version :	<input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Amended document / Document modifié										