

FORMULE 70W

N° de dossier DF _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EXÉCUTION
DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

Veillez vérifier ou fournir les renseignements suivants si vous désirez que votre ordonnance soit exécutée dans le cadre du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires :

PERSONNE TENUE DE FAIRE LES PAIEMENTS : _____

Adresse : _____ Date de naissance : _____

Ville et province : _____ N° d'assurance sociale : _____

Pays : _____ Numéro de traité : _____

Code postal : _____ Nom de jeune fille de la mère : _____

N° de téléphone (maison) : _____ N° de téléphone (travail) : _____

Emploi :

Profession (métier, profession, membre d'un syndicat, etc.) :

Employeur actuel : _____

Adresse : _____

Ville, province et pays : _____ N° de téléphone : _____

Code postal : _____

- FORMULE 70D :** **jointe au présent document;**
 déposée au tribunal; copie ci-jointe;
 copie devant être fournie après le dépôt de la formule au tribunal.

Ex-employeur : _____

Adresse : _____

Ville, province et pays : _____ N° de téléphone : _____

Code postal : _____

PERSONNE AYANT LE DROIT DE RECEVOIR LES PAIEMENTS : _____

Adresse : _____ Date de naissance : _____

Ville et province : _____ N° d'assurance sociale : _____

Pays : _____ Numéro de traité : _____

Code postal : _____ Nom de jeune fille de la mère : _____

N° de téléphone (maison) : _____ N° de téléphone (travail) : _____

ENFANT(S)

Nom	Date de naissance	Adresse