

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