

(Nom du tribunal)

**Formule 29E :
Contestation du payeur
ou de la payeuse**situé(e) au _____
Adresse du greffe**Bénéficiaire(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).

Payeur ou payeuse

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).

Tiers saisi

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).

Je m'appelle (nom et prénom officiels) _____

J'habite à (municipalité et province) _____

et _____ que les renseignements suivants sont véridiques :

1. Je suis le payeur ou la payeuse dans cette cause de saisie-arrêt.

2. Je conteste ☐ l'avis de saisie-arrêt délivré le☐ la déclaration solennelle sur l'indexation des aliments faite le

(date) _____ pour la ou les raisons suivantes :

(Indiquez la ou les raisons de votre contestation sous forme de paragraphes numérotés.)

Tracez une ligne horizontale en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page.

REMARQUE : Le seul fait de signifier et de déposer la présente contestation ne suffit pas à interrompre le processus de saisie-arrêt. Cette interruption ne peut survenir qu'à la demande du ou de la bénéficiaire, s'il ou si elle est d'accord avec les motifs de votre contestation. Elle peut également survenir à la suite d'une ordonnance rendue par le tribunal dans le cadre d'une audience sur la saisie-arrêt. Si vous voulez que le tribunal tienne une telle audience, vous devez cocher la case qui se trouve dans le cadre figurant ci-dessous.

☐ **AVIS AU GREFFIER DU TRIBUNAL ET À TOUTES LES PARTIES :** Je demande la tenue d'une audience sur la saisie-arrêt dans le cadre de laquelle le tribunal pourra rendre une décision quant à la présente contestation.

<div> <div></div> <div> <div>municipalité</div> <div>province, État ou pays</div> </div> </div>		
le	<div> <div></div> <div> <div>date</div> <div>Commissaire aux affidavits</div> <div>(Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d'imprimerie ci-dessous si la signature est illisible)</div> </div> </div>	<div>Signature</div> <div>(La présente formule doit être signée en présence d'un avocat, d'un juge de paix, d'un notaire ou d'un commissaire aux affidavits.)</div>

AVIS AUX BÉNÉFICIAIRES : Veuillez examiner la présente contestation. Si vous n'êtes pas d'accord avec elle et que le payeur ou la payeuse n'a pas demandé d'audience sur la saisie-arrêt, vous pouvez en demander une. Vous voudrez peut-être consulter votre avocat à ce sujet. Vous disposez de 10 jours, à compter de la signification du présent document, pour décider si vous voulez une audience. Si vous en désirez une, vous disposez, vous ou votre avocat, de 10 jours pour demander au greffier du tribunal, en personne ou par écrit, de vous envoyer par la poste, à vous-même, au payeur ou à la payeuse, au tiers saisi et au ou à la cotitulaire d'une créance conjointe (le cas échéant), un avis d'audience sur la saisie-arrêt (formule 29H). À cette audience, le juge vous donnera, ainsi qu'aux autres parties, l'occasion d'être entendu(e) et peut rendre une ordonnance qui risque d'avoir une incidence sur les droits de toutes les parties.