

(Nom du tribunal)

situé(e) au

Adresse du greffe

Formule 33E:
Consentement de
l'enfant au traitement
en milieu fermé

Requérant(e)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).

Enfant

Nom et prénom officiels :

Date de naissance :

Sexe :

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).

1. Je m'appelle (nom et prénom officiels de l'enfant) _____
2. Je sais que le/la ou les requérant(e)s demandent au tribunal de rendre une ordonnance :
 - ☐ pour m'envoyer et peut-être me faire détenir pour ma propre protection au _____
 - ☐ pour me garder plus longtemps et peut-être me garder en détention pour ma propre protection au _____
 - ☐ pour me donner mon congé du
(nom et adresse du programme) _____
3. Je sais que ☐ j'ai le droit de me présenter au tribunal lorsque le juge entendra cette cause, mais je suis d'accord pour ne pas le faire et pour laisser le tribunal rendre sans moi toute ordonnance qui doit être rendue.
 - ☐ le tribunal a généralement besoin d'entendre les témoins avant de pouvoir rendre une ordonnance dans cette cause, mais je suis d'accord pour qu'il rende l'ordonnance sans avoir à entendre les témoins en personne et pour qu'il fonde sa décision sur les éléments de preuve dans les rapports et autres documents que le/la ou les requérant(e)s peuvent présenter au juge.
4. J'ai parlé à un avocat :
 - (a) qui m'a expliqué ces choses.
 - (b) qui m'a expliqué ce que cela veut dire de signer le présent consentement.
 - (c) qui assistera ma signature de la présente formule et la signera comme témoin.

 Signature de l'enfant

 Date des signatures

 Signature de l'avocat(e)

REMARQUE : Le présent consentement doit être signé en présence d'un avocat indépendant qui doit fournir ci-dessous un affidavit de témoin à la signature attestant la fourniture de conseils juridiques indépendants.

REMARQUE : Le consentement visant à passer outre aux témoignages oraux n'est pas valide pendant plus de 180 jours après que le tribunal rend son ordonnance.

AFFIDAVIT DE TÉMOIN À LA SIGNATURE ATTESTANT LA FOURNITURE DE CONSEILS JURIDIQUES INDÉPENDANTS

Je m'appelle (nom et prénom officiels) _____

et je déclare sous serment/j'affirme solennellement que les renseignements suivants sont véridiques :

1. Je suis membre du Barreau de (nom du territoire de compétence) _____
et je ne représente personne d'autre dans cette cause portant sur le traitement en milieu fermé.
2. J'ai expliqué ce qui suit à (nom et prénom officiels de l'enfant) _____

☐ la nature et l'effet :

☐ d'un programme de traitement en milieu fermé;

☐ de la prorogation d'un programme de traitement en milieu fermé;

☐ de la mise en congé d'un programme de traitement en milieu fermé;

☐ les conséquences d'une non-comparution à l'audience;

☐ les conséquences d'une audience où le tribunal rend sa décision sans entendre de témoignage oral;

 dans un langage adapté à son âge au mieux de ma connaissance et de ma compétence.
3. Après mon explication, l'enfant m'a dit qu'il voulait signer le présent consentement.
4. J'étais présent(e) lorsque l'enfant a signé le présent consentement et je l'ai signé comme témoin.

Déclaré sous serment/Affirmé
solennellement devant moi à _____
_____ *municipalité*

en/à/au _____
_____ *province, État ou pays*

le _____
_____ *date*

Commissaire aux affidavits
(Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères
d'imprimerie ci-dessous si la signature est illisible.)

Signature
(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.)