|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ONTARIO | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | Numéro de dossier du greffe |
| (Nom du tribunal) | | | | | | | | | | | | | Formule 33E : Consentement de l’enfant au traitement en milieu fermé |
|  | | |  | | | | | | | | | |
| **situé(e) au** | | |
|  | | | Adresse du greffe | | | | | | | | | |
| 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 : | | | | | | | | | |  | 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). | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Date de naissance : | | | | | | | | | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Sexe : | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **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 | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | **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. | | | |
| Signature de l’avocat(e) | | | | | | | | |  | | | **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. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 33E : | | | | Consentement de l’enfant au traitement en milieu fermé | | | | | | | | | | (page 2) | | | | Numéro de dossier du greffe | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | à/en/au | |  | | | |  |  |
| municipalité | | | | | | | | |  | | province, État ou pays | | | |  |  |
| le |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  | date | | | | |  | Commissaire aux affidavits | | | | | | | |  |  | Signature | |  |
|  |  | | | | |  | (Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d’imprimerie ci-dessous si la signature est illisible.) | | | | | | | |  |  | (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.) | |  |
|  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |  |  | | |