|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ONTARIO | Ministère des Services à l’enfance et à la jeunesse | | | | | | | | **Avis au Bureau de l’avocat des enfants soumis à la *Loi sur les services à l’enfance et à la famille* concernant les services aux jeunes de 16 et 17 ans** | | | | | | | | |
| Veuillez faire parvenir par télécopie le présent formulaire à l’adresse suivante :  Bureau de l’avocat des enfants  Ministère du Procureur général  393, avenue University, 14e étage  Toronto (Ontario) M5G 1W9  Tél. : 416 314-8000 Téléc. : 416 314-8050  À l’attention de : Katherine Kavassalis, sous-directrice des services juridiques, droits personnels  Tél. : 416 314-8085 Téléc. : 416 314-8050  Courriel : Katherine.Kavassalis@ontario.ca | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Section I Renseignements sur la jeune personne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de famille | | | | Prénom | | | | | | | | | | Date de naissance *(aaaa/mm/jj)* | | | La jeune personne est-elle un parent mineur?  Oui  Non |
| Adresse *(Numéro civique et nom de la rue)* | | | | | | | | | | | | | Pièce/unité/App. | | | Ville/Municipalité | |
| Province | | Code postal | | | | | Numéro de téléphone *(y compris le code régional)*  (     ) | | | | | | | | | Autres coordonnées | |
| La jeune personne a-t-elle été informée qu’un renvoi au Bureau de l’avocat des enfants a été fait?  Oui  Non | | | | | | | La jeune personne s’identifie-t-elle comme un membre des Premières Nations, Métis et Inuits?  Oui  Non | | | | | | | | | Moyen de communication privilégié du jeune | |
| **Langue** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La jeune personne a-t-elle besoin de services en français?  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Section II Coordonnées | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Société d’aide à l’enfance | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’organisme | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de la préposée ou du préposé à la protection de l’enfance | | | | | | | | | | Adresse électronique | | | | | | | |
| Adresse (Numéro civique et nom de la rue*)* | | | | | | | | | | | | | Pièce/Unité/App. | | Ville/Municipalité | | |
| Province | | | Code postal | | | | | Numéro de téléphone *(y compris le code régional)*  (     )       poste | | | | | | | Numéro de télécopie *(y compris le code régional)*  (     ) | | |
| 2. Parents/Fournisseurs de soins | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de famille | | | | | | Prénom | | | | | | | | | Relation avec la jeune personne | | |
| Adresse (Numéro civique et nom de la rue*)* | | | | | | | | | | | | | | | Pièce/Unité/App. | | |
| Ville/Municipalité | | | | | Province | | | | | | | Code postal | | | Numéro de téléphone *(y compris le code régional)*  (    ) | | |
| Adresse électronique | | | | | | | | | | | | Moyen de communication privilégié | | | | | |
| La jeune personne habite-t-elle à l’adresse du parent/fournisseur de soins? Le parent/fournisseur de soins s’implique-t-il?  Oui  Non  Oui  Non  La jeune personne est-elle d’accord que l’on communique avec le parent/fournisseur de soins?  Oui  No n | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de famille | | | | | | Prénom | | | | | | | | | Relation avec la jeune personne | | |
| Adresse (Numéro civique et nom de la rue*)* | | | | | | | | | | | | | | | Pièce/Unité/App. | | |
| Ville/Municipalité | | | | | Province | | | | | | Code postal | | | | Numéro de téléphone *(y compris le code régional)*  (    ) | | |
| |  |  | | --- | --- | | Adresse électronique | Moyen de communication privilégié | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La jeune personne habite-t-elle à l’adresse du parent/fournisseur de soins? Le parent/fournisseur de soins s’implique-t-il?  Oui  No n  Oui  Non    La jeune personne est-elle d’accord que l’on communique avec le parent/fournisseur de soins?  Oui  No n  \* Tout renseignement supplémentaire doit figurer dans la Section IV – Renseignements facultatifs | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Autres contacts pertinents | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de famille | | | | | | Prénom | | | | | | | | | Relation avec la jeune personne | | |
| Adresse (Numéro civique et nom de la rue*)* | | | | | | | | | | | | | | | Pièce/Unité/App. | | |
| Ville/Municipalité | | | | | Province | | | | | | Code postal | | | | Numéro de téléphone *(y compris le code régional)*  (    ) | | |
| |  |  | | --- | --- | | Adresse électronique | Moyen de communication privilégié | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La jeune personne est-elle d’accord que l’on communique avec cette personne?  Oui  No n | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de famille | | | | | | Prénom | | | | | | | | | Relation avec la jeune personne | | |
| Adresse (Numéro civique et nom de la rue*)* | | | | | | | | | | | | | | | Pièce/Unité/App. | | |
| Ville/Municipalité | | | | | Province | | | | | | Code postal | | | | Numéro de téléphone *(y compris le code régional)*  (    ) | | |
| |  |  | | --- | --- | | Adresse électronique | Moyen de communication privilégié | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La jeune personne est-elle d’accord que l’on communique avec cette personne?  Oui  No n  \*Tout renseignement supplémentaire doit figurer dans la Section IV – Renseignements facultatifs | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **4. Représentante ou représentant de la communauté des Premières Nations, inuite ou métisse du jeune, le cas échéant** | | | | | | Nom de famille | | Prénom | | Relation avec la jeune personne | | Adresse (Numéro civique et nom de la rue*)* | | | | Pièce/Unité/App. | | Ville/Municipalité | Province | | Code postal | Numéro de téléphone *(y compris le code régional)*  (    ) | | |  |  | | --- | --- | | Adresse électronique | Moyen de communication privilégié | | | | | | | La jeune personne est-elle d’accord que l’on communique avec la représentante ou le représentant?  Oui  No n  \*Additional information can be included in Section IV Optional Information | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Section III La société d’aide à l’enfance propose : (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Renvoi proposé :   |  | | --- | | * **La jeune personne a besoin de protection et la société d’aide propose ce qui suit :** | | entente de services à l’enfance volontaires | | entente de service de garde par une personne ayant un lien de parenté | | entente relative à des soins temporaires | | garde ordonnée par la cour | | Autre | | * **La société d’aide a reçu un avis de résiliation de l’entente de services à l’enfance volontaires ou en a émis un** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Partie 1 Veuillez fournir des précisions quant aux inquiétudes soulevées au chapitre de la protection et quant au plan élaboré pour la jeune personne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veuillez décrire brièvement les inquiétudes soulevées au chapitre de la protection | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Partie 2 Questions entourant la résiliation de l’entente de services à l’enfance volontaires, le cas échéant | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veuillez décrire brièvement le motif de la résiliation proposée (notamment le nom de la partie à l’origine de la résiliation, la justification qu’elle en donne) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | Section IV Renseignements facultatifs | | Veuillez fournir tout autre renseignement que la société juge important pour le processus d’admission du Bureau de l'avocat des enfants.  *(Par exemple, les besoins particuliers du jeune, toute situation qui pourrait nuire à la capacité d’un jeune de communiquer, les obstacles linguistiques, les démêlés avec la justice, les problèmes d’immigration)* | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| Section V Signature de la préposée ou du préposé | | | | | |
| Nom de famille | Prénom | | | | |
| Poste | | | | | Numéro de téléphone *(y compris le code régional)*  (     )       poste |
|  | |  |  |  | |
| Signature | |  |  | Date *(aaaa/mm/jj)* | |
|  | | | | | |