|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 enfantsMinistère du Procureur général393, avenue University, 14e étageToronto (Ontario) M5G 1W9Tél. : 416 314-8000 Téléc. : 416 314-8050À l’attention de : Katherine Kavassalis, sous-directrice des services juridiques, droits personnelsTél. : 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)* |
|  |