

Destinataire : Le responsable du programme de traitement en milieu fermé
Enfant

Nom de famille	Prénom	Initiale du 2 ^e prénom
----------------	--------	-----------------------------------

Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Avocat

Nom de famille	Prénom	Initiale du 2 ^e prénom
----------------	--------	-----------------------------------

N° de bureau	N° de la rue	Nom de la rue	Case postale
--------------	--------------	---------------	--------------

Ville	Province	Code postal	N° de téléphone (y compris indicatif régional)
-------	----------	-------------	--

Auteur de la demande (individu ou organisme)

Nom de famille	Prénom	Initiale du 2 ^e prénom
----------------	--------	-----------------------------------

Nom de l'organisme (le cas échéant)

Adresse aux fins de signification

N° de bureau	N° de la rue	Nom de la rue	Case postale
--------------	--------------	---------------	--------------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Avocat

Nom de famille	Prénom	Initiale du 2 ^e prénom
----------------	--------	-----------------------------------

N° de bureau	N° de la rue	Nom de la rue	Case postale
--------------	--------------	---------------	--------------

Ville	Province	Code postal	N° de téléphone (y compris indicatif régional)
-------	----------	-------------	--

À remplir si l'enfant est âgé de moins de 16 ans
Je suis

- le parent de l'enfant
- la personne qui prend soin de l'enfant avec le consentement d'un parent
- le préposé à la protection de l'enfance qui a amené dans un lieu sûr l'enfant aux termes de la partie V de la Loi
- l'agent dûment autorisé de la société d'aide à l'enfance qui a la garde de l'enfant aux termes d'une ordonnance rendue en vertu de la partie V de la Loi

À remplir si l'enfant est âgé d'au moins de 16 ans, mais de moins de 18 ans
Je suis

- l'enfant
- le parent de l'enfant
- l'agent dûment autorisé de la société d'aide à l'enfance qui a la garde de l'enfant aux termes d'une ordonnance rendue en vertu de la partie V de la Loi
- médecin

À remplir obligatoirement

En vertu du paragraphe 171 (1) de la Loi, je vous demande de placer d'urgence l'enfant susmentionné dans un programme de traitement en milieu fermé à/au

Nom du programme et adresse où il est offert

N° de bureau	N° de la rue	Nom de la rue	Case postale
Ville		Province	Code postal

Les motifs à l'appui de la présente demande sont les suivants : (Exposer brièvement les faits principaux sur lesquels repose la demande et indiquer précisément les renvois aux conditions du placement d'urgence prévues au paragraphe 171 (2) ou (3) de la Loi. Joindre des pages supplémentaires, au besoin.)

Date (aaaa/mm/jj)	Lieu	Signature de l'auteur de la demande
-------------------	------	-------------------------------------

Consentement de l'enfant

(À remplir si la condition précisée à l'alinéa 171 (2) (b) de la Loi n'est pas remplie)

Je consens, après avoir consulté un avocat, à être placé(e) d'urgence dans le programme de traitement en milieu fermé susmentionné.

Date (aaaa/mm/jj)	Lieu	Signature de l'enfant
-------------------	------	-----------------------

Consentement

- du parent
- de l'agent dûment autorisé de la société d'aide à enfance qui a la garde légitime de l'enfant

(À remplir si l'enfant est âgé de moins de 16 ans et que la condition précisée à l'alinéa 171 (2) (b) de la Loi n'est pas remplie)

Je consens au placement d'urgence de l'enfant dans le programme de traitement en milieu fermé susmentionné.

Date (aaaa/mm/jj)	Lieu	Signature du parent
-------------------	------	---------------------

La société d'aide à l'enfance nommée ci-dessous a la garde légitime de l'enfant et consent à son placement d'urgence dans le programme de traitement en milieu fermé susmentionné.

Date (aaaa/mm/jj)	Lieu	Signature de l'agent
-------------------	------	----------------------

Nom de la société d'aide à l'enfance

Les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont recueillis en vertu de l'autorisation légale de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*, aux fins d'administration des programmes et des services du ministère de la Santé. Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquez avec : Le Directeur de la Direction du programme de toxicomanie et de santé mentale, 56, rue Wellesley Ouest., 9^e étage, Toronto (Ontario) M5S 2S3 ou téléphonez au 416-327-7272.