

Mandat d'appréhension et de renvoi d'un enfant placé dans un programme de traitement en milieu fermé

Cour de l'Ontario (Division provinciale)	N° de dossier du greffe
--	-------------------------

située au

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

Aux agents de la paix de la province de l'Ontario :

À la suite de la dénonciation faite sous serment devant moi aux termes du paragraphe 172 (2) de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance et à la famille*, je suis convaincu(e) que l'enfant nommé ou décrit au verso du présent mandat, qui a été placé dans un programme de traitement en milieu fermé à/au

Nom du programme de traitement en milieu fermé et adresse où il est offert

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

a quitté l'établissement où est offert le programme sans le consentement du responsable.

Ne cocher que si on connaît le lieu où se trouve l'enfant

Je suis en outre convaincu(e), à la suite de cette dénonciation, qu'on peut maintenant trouver l'enfant à (donner l'adresse municipale ou une description précise des locaux où on peut trouver l'enfant)

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

Je vous autorise donc à appréhender et à renvoyer l'enfant au programme de traitement en milieu fermé susmentionné.

Le présent mandat prend fin le

Jour	Mois	Année
------	------	-------

Date (aaaa/mm/jj)	Signature du juge de paix
Cite, ville, etc. où est signé le mandat	Écrire en lettres moulées ou dactylographier le nom du juge de paix

Donner tous les renseignements disponibles

Nom et prénoms de l'enfant					
Nom de famille			Prénom		Initiale du 2 ^e prénom
Date de naissance (aaaa/mm/jj)			Noms d'emprunt ou surnoms		
Adresse domiciliaire					
N° de bureau	N° de la rue	Nom de la rue			Case postale
Ville		Province	Code postal	N° de téléphone (y compris indicatif régional)	
Lieu où se trouve actuellement l'enfant				N° de téléphone (y compris indicatif régional)	
Taille	Poids	Couleur des cheveux	Coiffure	Couleur des yeux	Teint
Autres caractéristiques					

Nom et adresse de la personne à contacter pour obtenir de plus amples renseignements					
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)	

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.