

Ordonnance

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)	

Sur requête de

Nom de famille		Prénom		Initiale du 2 ^e prénom	
en présence de (nom des parties et des avocats à l'audience)					

à la lecture de (liste des documents déposés avec la requête)

et sur réception de la preuve et audition des observations pour le compte de (nom(s))

au sujet de placement d'urgence de l'enfant dans le 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	

la Commission de révision des services à l'enfance et à la famille conclut que (indiquer si les conditions de placement d'urgence sont remplies, si le paragraphe 171 (2) ou (3) s'applique et si tous les consentements nécessaires ont été donnés)

et, par conséquent, ordonne

- la mise en congé de l'enfant susmentionné et son retrait du programme de traitement en milieu fermé
- le rejet de la requête en vue d'obtenir la mise en congé de l'enfant et son retrait du programme de traitement milieu fermé.
-

Date (aaaa/mm/jj)

Lieu

Signature de l'agent révision des services à l'enfance et à la famille

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.
