



DEMANDE DE SERVICE

Je, _____ du _____
(service, organisme ou avocat)
fais appel au service de DROIT D'ACCÈS du **Parenfant** pour _____,
(nom du parent)
pour les **raisons suivantes** _____

Objectif(s) poursuivi(s) à court ou long terme (adoption, retour dans le milieu familial, maintenir le lien, visites non-supervisées, échanges non-supervisés...) _____

Informations pertinentes sur l'enfant et/ou le(s) parent (s)

Le service demandé est :

- Visites supervisées
- Échanges supervisés
- Échanges téléphoniques
- Rencontre(s) d'aide psychosociale Parenfant

Les modalités sont, à titre informatif seulement¹ :

- Fréquence
 - Ponctuelle
 - Hebdomadaire
 - Bi-mensuelle
 - Mensuelle
- Date de début du service : 200___/___/___
- Jour(s): _____
- Heure(s): _____
- Date de révision du dossier (retour à Cour prévue) : 201___/___/___

Personnes autorisées à accompagner le parent lors du droit d'accès :

Sauf accord préalable, seules les personnes dont les noms figurent dans le jugement pourront accompagner le parent lors du droit d'accès.

Ces personnes sont autorisées à accompagner le parent lors de son droit d'accès :

******* LE PARENFAANT REFUSERA TOUTE AUTRE PERSONNE ACCOMPAGNANT LE PARENT LORS DE SON DROIT D'ACCÈS, À MOINS D'UNE ENTENTE PRÉALABLE AVEC LES DIFFÉRENTES PARTIES IMPLIQUÉES. *******

Je m'engage à :

- Fournir ce formulaire de demande de services le plus tôt possible, puisqu'il est préalable à l'ouverture de dossier;
- Aviser mon client des frais et de l'importance de témoigner son volontariat en téléphonant avant le début du service;
- Faire un suivi du dossier lorsque des modifications sont apportées aux droits d'accès;
- Fournir une copie du jugement et toutes modifications pertinentes.

EN FOI DE QUOI, je signe _____, ce _____ ième jour de _____ 201__.

Pour l'organisme, service ou bureau d'avocat : _____
 Téléphone : _____
 Télécopieur : _____
 Courriel : _____

¹ Le calendrier est établi en fonction des disponibilités de l'organisme.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom(s) de(s) enfant (s):

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

Date de naissance:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

Le(s) enfant(s) habitent avec:

Père Mère Famille d'accueil Autre Précisez: _____

Nom du père: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: (____) _____
 Autres tél. (____) _____

Nom de la mère: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: (____) _____
 Autres tél. (____) _____

Avocat du père: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: (____) _____
 Fax.: (____) _____

Avocat de la mère: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: (____) _____
 Fax.: (____) _____

Famille d'accueil: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: (____) _____
 Autres tél. (____) _____

Autre*: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: (____) _____
 Autres tél. (____) _____

* Autre famille d'accueil, grand-parent, procureur des enfants, intervenant CJM

Autre: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: (____) _____

 [Retour vers le site](#)

Le Parenfant Montérégie

J2K 2W7; Tél: (450) 263-5000, Fax. (450) 263-5000

infomations@leparenfant.org

www.leparenfant.org