

DEMANDE DE SERVICE



Je, _____ du _____
(service, organisme ou avocat)

Fais appel au service de DROIT D'ACCÈS 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, etc.) :

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

Le service demandé est :

- Visites supervisées
- Échanges supervisés
- Échanges téléphoniques

Les modalités sont à titre informatif seulement :

- Fréquence

- Ponctuelle
- Hebdomadaire
- Bimensuelle
- Mensuelle

- Date de début du service : 20 ___/___/___
- Date de révision du dossier (retour à la Cour prévu) : 20___/___/___

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 service le plus tôt possible, puisqu'il est préalable à l'ouverture du 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 _____ 202__.

Pour le service, l'organisme ou le bureau d'avocat : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

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 : (____) _____
 Courriel : _____

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

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

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

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

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

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

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

Le Parenfant Montérégie

Tél : (450) 263-5000, Fax : (450) 263-2441

Directrice.Parenfant@outlook.com

www.leparenfant.org