

SERVICE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

INFORMATIONS SUR LE SERVICE DES ORDONNANCES DE PROTECTION

Afin de nous aider à notifier votre ordonnance rapidement et en toute sécurité, veuillez remplir ce formulaire de la façon la plus complète possible.

Utilisez un stylo et écrivez distinctement. **Remarque : les informations contenues dans ce formulaire sont exclusivement destinées à des fins d'application de la loi et ne doivent pas être communiquées au défendeur/à la défenderesse.**

Date
d'aujourd'hui

INFORMATIONS SUR LE PLAIGNANT/LA PLAIGNANTE :

Votre nom	de famille	Prénom	Deuxième prénom	Votre date de naissance :
-----------	------------	--------	-----------------	---------------------------

Souhaitez-vous être informé(e) après la signification de l'ordonnance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro de téléphone à utiliser pour la notification du service : (Ce numéro peut être différent de celui de votre domicile)
--	---

Informations sur les relations entre les personnes - Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Je suis le conjoint/l'ex-conjoint du défendeur/de la défenderesse.
- Je vis actuellement ou j'ai vécu dans le passé avec le défendeur/la défenderesse tout en ayant une relation sexuelle avec lui/elle.
- Le défendeur/la défenderesse et moi-même avons un ou plusieurs enfants en commun.
- Je suis l'enfant ou le beau-fils du défendeur/la défenderesse **ou** je dépose une demande au nom de cet enfant ou beaux-fils.
- Je suis l'enfant d'une personne qui vit actuellement ou a vécu dans le passé avec le défendeur/la défenderesse tout en ayant une relation sexuelle avec lui/elle **ou** je dépose au nom de cet enfant.

INFORMATIONS SUR LE DÉFENDEUR/LA DÉFENDERESSE (Afin que nous puissions rapidement l'identifier.)

Nom du défendeur/de la demanderesse	de famille	Prénom	Deuxième prénom	Suffixe <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 2e <input type="checkbox"/> 3e
-------------------------------------	------------	--------	-----------------	---

Date de naissance du défendeur/défenderesse	Si vous ne le connaissez pas, quel est l'âge approximatif du défendeur/de la défenderesse ?
---	---

Indiquez les autres noms que le défendeur/défenderesse utilise :

Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Origine ethnique	<input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Afro-américain <input type="checkbox"/> Amérindien <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autre
Couleur et nuance de la peau	<input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Foncée <input type="checkbox"/> Autre
Taille	_____ Pied _____ Pouces
Poids	_____ Livres
Couleur des yeux	<input type="checkbox"/> Bruns <input type="checkbox"/> Bleus <input type="checkbox"/> Gris <input type="checkbox"/> Verts <input type="checkbox"/> Noisettes <input type="checkbox"/> Autre
Verres correcteurs	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles de contact
Couleur des cheveux	<input type="checkbox"/> Bruns <input type="checkbox"/> Blonds <input type="checkbox"/> Noirs <input type="checkbox"/> Roux <input type="checkbox"/> Gris/Blancs <input type="checkbox"/> Chauve <input type="checkbox"/> Autre
Longueur des cheveux	<input type="checkbox"/> Courts <input type="checkbox"/> Mi-longs <input type="checkbox"/> Longs <input type="checkbox"/> Chauve
Pilosité du visage	<input type="checkbox"/> Barbe <input type="checkbox"/> Moustache

Signes distinctifs	<input type="checkbox"/> Tatouages - Décrivez l'endroit du corps et le motif
	<input type="checkbox"/> Cicatrices ou marques - Décrivez l'endroit du corps
	<input type="checkbox"/> Piercing - Décrivez l'endroit du corps
	<input type="checkbox"/> Autres signes distinctifs

Veuillez remplir la deuxième page de ce formulaire afin que votre ordonnance soit signifiée dans les meilleurs délais.

INFORMATIONS SUR LE SERVICE DES ORDONNANCES DE PROTECTION - Page 2

INFORMATIONS SUR LE SERVICE (Afin que nous puissions rapidement identifier le défendeur/la défenderesse.)

Numéros de téléphone du défendeur/défenderesse	Domicile	Téléphone cellulaire	Travail	Autre	
Adresse du défendeur/de la défenderesse	N° de maison	N° de la rue ou de la route municipal	Ville/Localité		État

En cas d'absence de numéro de rue, vous devez dessiner un plan.

Description physique de la résidence du défendeur/de la défenderesse :

Quels sont les jours et heures les mieux adaptés pour contacter le défendeur/la défenderesse à son domicile ?

L'employeur du défendeur/ de la défenderesse ?	Nom	Adresse
---	-----	---------

Quels sont les horaires de travail du défendeur/de la défenderesse ? - Indiquez ci-dessous les horaires de travail du défendeur/de la défenderesse pour chaque jour de la semaine.

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
-------	-------	----------	-------	----------	--------	----------

Où est on susceptible de pouvoir trouver le défendeur/la défenderesse s'il ou elle n'est pas à son domicile ou au travail ? (Indiquez ci-dessous l'adresse et le numéro de téléphone des autres endroits où le défendeur/la défenderesse pourrait le cas échéant se trouver.)

N° de maison	N° de la rue ou de la route municipale	Ville/Localité		État	N° de téléphone
N° de maison	N° de la rue ou de la route municipale	Ville/Localité		État	N° de téléphone
Véhicule du défendeur/ de la défenderesse	N° d'immatriculation	Année	Marque	Modèle	Couleur

QUESTIONS RELATIVES AUX SERVICES (Afin que nous puissions vous notifier votre ordonnance en toute sécurité.)

Le défendeur/la défenderesse essaiera-t-il ou elle d'éviter de se faire remettre cette ordonnance ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le défendeur/la défenderesse possède-t-il (elle) des chiens de garde ou des chiens méchants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le défendeur/la défenderesse est-il (elle) susceptible d'être sous l'influence de drogues ou de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'agent qui notifiera la présente ordonnance sera-t-il (elle) en danger ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu oui, pourquoi l'agent sera-t-il (elle) en danger ?	