

FORMULE CA-1(F)

AVIS – POSSIBILITÉ DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS

Comité de protection contre les
mauvais traitements de _____
(nom de l'office)

Veillez noter que les renseignements suivants ont été reçus par _____.
(nom de l'office)

Le comité de protection contre les mauvais traitements examinera la présente affaire conformément au paragraphe 19(3) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. **En tant que personne soupçonnée d'avoir infligé des mauvais traitements, vous pouvez fournir par écrit des renseignements au comité. Ces renseignements doivent être remis au comité dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle le présent avis vous a été donné ou à laquelle vous l'avez reçu. Veuillez remplir la formule ci-jointe et la faire parvenir à :**

**Nom du coordonnateur des services de
protection contre les mauvais traitements
Nom de l'office
Adresse de l'office**

Numéro de télécopieur du coordonnateur

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE SI VOUS NE RÉPONDEZ PAS AU PRÉSENT AVIS DANS LES 30 JOURS QUI SUIVENT LA DATE À LAQUELLE CELUI-CI VOUS A ÉTÉ DONNÉ OU À LAQUELLE VOUS L'AVEZ REÇU, LE COMITÉ POURSUIVRA SES DÉMARCHES EN VERTU DU PARAGRAPHE 19(3) DE LA LOI SUR LES SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE ET :

- **se formera une opinion quant à la question de savoir si vous avez infligé des mauvais traitements à l'enfant mentionné plus haut;**
- **se formera une opinion quant à la question de savoir si votre nom doit être inscrit dans le registre concernant les mauvais traitements.**

Veillez lire le dépliant ci-joint intitulé « REGISTRE CONCERNANT LES MAUVAIS TRAITEMENTS » pour de plus amples renseignements. Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec

_____ au _____
(nom du coordonnateur des services de protection contre les mauvais traitements) (numéro de téléphone)

Renseignements destinés au comité de protection
contre les mauvais traitements de _____
(nom de l'office)

A : RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES		
Nom de l'auteur présumé	(Nom de famille)	(Prénom)
Nom de jeune fille ou autres noms connus :		
Adresse la plus récente :		Ville
Province	Tél. (dom.) :	Tél. (travail) :
B : RENSEIGNEMENTS DEVANT ÊTRE COMMUNIQUÉS AU COMITÉ DE PROTECTION CONTRE LES MAUVAIS TRAITEMENTS		
Si nécessaire, utilisez des feuilles supplémentaires et joignez-les au présent document		
Rempli le	Signature :	
<i>RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'OFFICE</i>		
Nom de l'office	Envoyé le	
Reçu le	Coordonnateur des services de protection contre les mauvais traitements	