



Langue de préférence

La CRSEF offre ses services en français et en anglais.

Quelle est votre langue de préférence? Français Anglais

Si vous êtes la partie intimée et que vous souhaitez obtenir des services en français, veuillez remplir le formulaire [Demande de services en français](#) et nous l'envoyer par courriel, à CFSRB@ontario.ca, ou par la poste.

À propos de ce formulaire

Utilisez ce formulaire pour demander la révision de l'admission d'urgence à un programme de traitement en milieu fermé d'une durée maximale de 30 jours.

Vous pouvez déposer cette demande si :

1. vous êtes un enfant admis d'urgence dans un programme de traitement en milieu fermé;
2. vous connaissez un enfant admis d'urgence dans un programme de traitement en milieu fermé.

Cette demande est effectuée en vertu de l'article 171 de la [Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille](#).

Directives

1. Remplissez toutes les sections du formulaire.
2. Signez et datez le formulaire.
3. Soumettez le formulaire :
 - Par courriel : CFSRB@ontario.ca
 - Par télécopieur : 416 327-0558
 - Par messagerie : Tribunaux décisionnels Ontario
Commission de révision des services à l'enfance et à la famille
15, rue Grosvenor, rez-de-chaussée
Toronto (Ontario) M7A 2G6
4. Dans le même temps, faites parvenir la demande à l'établissement assurant le programme de traitement en milieu fermé par courrier électronique, par télécopieur ou par la poste.

Pour de plus amples renseignements, veuillez composer le 416 327-0111 ou le numéro sans frais 1 888 777-3616.

**1. Renseignements sur le requérant ou la requérante**

Nom de famille		Prénom	
Adresse (numéro et rue)			Bureau/unité/app.
Ville/village		Province	Code postal
Téléphone	Télécopieur	Courriel *	

 Je suis l'enfant.

Nom du programme de traitement en milieu fermé			Date d'admission (aaaa/mm/jj)	
Adresse		Ville/village	Province	Code postal

 Je suis (donnez le nom, l'adresse et la relation/le lien [le cas échéant] avec l'enfant).

Nom de famille		Prénom		
Adresse		Ville/village	Province	Code postal
Courriel *		Relation/lien (le cas échéant) avec l'enfant		

2. Renseignements sur le représentant ou la représentante

Remplissez cette section seulement si vous autorisez un avocat ou une avocate ou un autre représentant ou une autre représentante à agir en votre nom. Si vous avez un représentant ou une représentante, la CRSEF communiquera avec votre représentant ou votre représentante. Passez en revue la [Directive de pratique relative à la représentation](#).

 J'autorise la personne désignée et/ou l'organisme à me représenter.

Mon représentant ou ma représentante est :

- Un avocat ou une avocate Numéro de membre du Barreau _____
- Un ou une parajuriste Numéro de membre du Barreau _____
- Autre (veuillez préciser – par exemple mère, père, ami) _____

Nom de famille		Prénom		Organisme (le cas échéant)	
Adresse (numéro et rue)			Bureau/unité/app.		
Ville/village		Province	Code postal		
Téléphone	Télécopieur	Courriel *			

* Si vous fournissez votre adresse électronique, vous acceptez que la CRSEF puisse communiquer avec vous par courriel plutôt que par la poste ou par télécopieur.

3. Utilisez le champ ci-dessous pour expliquer pourquoi vous demandez une ordonnance de retrait du programme de traitement en milieu fermé. Faites spécifiquement référence aux critères suivants pour l'admission d'urgence :

- a. L'enfant a un trouble mental;
 - b. L'enfant a, en raison de troubles mentaux, causé des lésions corporelles graves à lui-même ou à une autre personne, a tenté d'en causer ou, par des paroles ou sa conduite, a sérieusement menacé d'en causer.
 - c. Le programme de traitement en milieu fermé serait efficace pour empêcher l'enfant de causer ou de tenter de causer des lésions corporelles graves à lui-même ou à une autre personne.
 - d. Un traitement adapté au trouble mental de l'enfant est disponible sur le lieu du traitement en milieu fermé auquel la demande se rapporte.
 - e. Une méthode de traitement moins restrictive n'est pas adaptée aux troubles mentaux de l'enfant dans les circonstances.
-

4. Accessibilité et mesures d'adaptation

Dites-nous si vous avez besoin de l'un des éléments suivants à l'audience :

- Interprète Non Oui
Langue _____ Dialecte _____
- Interprète en langue des signes Non Oui
- Accès en fauteuil roulant Non Oui
- Autre (*précisez*) _____

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'accessibilité et les mesures d'adaptation, veuillez consulter notre [site Web](#).

5. Signature du requérant ou de la requérante

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Veuillez cocher cette case si vous déposez votre demande par voie électronique. Il s'agit de votre signature. Vous devez inscrire la date ci-dessus.

Avis de collecte de renseignements personnels

La Commission de révision des services à l'enfance et à la famille (CRSEF) recueille les renseignements personnels demandés dans ce formulaire aux fins de révision en vertu de l'article 171 de la [Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille](#). Ils seront partagés avec les parties à la demande. Des copies de tous les documents déposés auprès de la CRSEF concernant la demande seront également partagées avec les parties à la demande.

La CRSEF affiche une version expurgée de ses décisions sur le site Web de l'Institut canadien d'information juridique (www.CanLII.org).