

**Cour suprême de la Nouvelle-Écosse  
(Division de la famille)**

Entre :

\_\_\_\_\_

Le requérant

et

\_\_\_\_\_

L'intimé

**de \_\_\_\_\_ Déclaration des coordonnées et des circonstances  
rédigé le \_\_\_\_\_**

Veillez remplir toutes les sections concernant votre cause. Veillez écrire à l'encre en caractères d'imprimerie. Vous pouvez discuter des sections ombrées sur les coordonnées et les directives de signification avec un fonctionnaire de la cour avant de remplir ces sections.

Section A	Renseignements à votre sujet. (LE REQUÉRANT)	Renseignements au sujet de la personne visée par cette requête. (L'INTIMÉ)
-----------	---	--

<b>Nom</b>	Nom de famille : ..... Prénom : ..... Deuxième prénom : ..... Ancien nom : ..... Autres noms, nom d'emprunt, etc.; ..... .....	Nom de famille : ..... Prénom : ..... Deuxième prénom : ..... Ancien nom : ..... Autres noms, nom d'emprunt, etc. : ..... .....
<b>Préfixe</b>	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> Autre : .....
<b>Genre</b>	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre
<b>Date de naissance</b>	Jour ..... Mois ..... Année.....	Jour ..... Mois ..... Année .....
<b>Téléphone Courriel Télécopieur</b>	Domicile ..... Bureau..... Message ..... Autre ..... Courriel..... Télécopieur .....	Domicile..... Bureau..... Message ..... Autre ..... Courriel..... Télécopieur .....

<b>Adresse</b>	C.P. .... App. ....  Rue..... Ville ..... Province ..... Code postal ..... Directives particulières pour la signification des documents : .....	C.P..... App.....  Rue..... Ville ..... Province ..... Code postal..... Directives particulières pour la signification des documents : .....
<b>Avocat</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Peut-être  Si oui : Nom de l'avocat : ..... Nom du cabinet : ..... Adresse : ..... ..... Téléphone : ..... Courriel : ..... Télécopieur : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Peut-être  Si oui : Nom de l'avocat : ..... Nom du cabinet : ..... Adresse : ..... ..... Téléphone : ..... Courriel : ..... Télécopieur : .....
<b>État matrimonial actuel</b>	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Célibataire
<b>Revenu</b>	<input type="checkbox"/> Revenu d'emploi (salaire ou traitement) <input type="checkbox"/> Commission, primes, surtemps <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Revenus d'une société de personnes ou d'une société <input type="checkbox"/> Assurance-emploi <input type="checkbox"/> Assistance sociale ou prestations familiales <input type="checkbox"/> Indemnisation des travailleurs <input type="checkbox"/> Prestations de pension <input type="checkbox"/> Revenus tirés d'une fiducie <input type="checkbox"/> Autre Expliquer : .....	<input type="checkbox"/> Revenu d'emploi (salaire ou traitement) <input type="checkbox"/> Commission, primes, surtemps <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Revenus d'une société de personnes ou d'une société <input type="checkbox"/> Assurance-emploi <input type="checkbox"/> Assistance sociale ou prestations familiales <input type="checkbox"/> Indemnisation des travailleurs <input type="checkbox"/> Prestations de pension <input type="checkbox"/> Revenus tirés d'une fiducie <input type="checkbox"/> Autre Expliquer : .....

<b>Profession</b>	Profession : .....	Profession : .....
	.....	.....
	<b>Renseignements au sujet de l'employeur</b>	<b>Renseignements au sujet de l'employeur</b>
	Nom : .....	Nom : .....
	Adresse : .....	Adresse : .....
	.....	.....
	Téléphone : .....	Téléphone : .....
	Courriel : .....	Courriel : .....
	Télécopieur : .....	Télécopieur : .....
	<input type="checkbox"/> Autres lieux de travail	<input type="checkbox"/> Autres lieux de travail
	.....	.....

<b>Section B</b>	<b>Relation entre le requérant et l'intimé</b>
<input type="checkbox"/> Mariés Date du mariage : .....	
Date de la séparation : .....	
<input type="checkbox"/> Conjointes Date de début de l'union : .....	
Date de la séparation : .....	
<input type="checkbox"/> Divorcés Date du jugement de divorce : .....	
<input type="checkbox"/> Célibataire	
<input type="checkbox"/> Parent de l'enfant du requérant	
<input type="checkbox"/> Autre	
Expliquer : .....	

<b>Section C</b>	<b>Veillez indiquer ci-dessous le nom complet et la date de naissance de tous les enfants visés par cette requête.</b>
------------------	--

Nom de famille	Prénoms (souligner le nom utilisé)	Date de naissance	Genre (M/F/ autre)	Vivant actuellement avec :
----------------	---------------------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------------


--	--	--	--	--

<b>Section D</b>	<b>Ordonnance judiciaire ou entente écrite la plus récente</b>
------------------	--

Ordonnance judiciaire la plus récente (le cas échéant) :

Date d'émission : .....

Tribunal : .....

Numéro de dossier : .....

Entente écrite la plus récente (le cas échéant) :

Date : .....

Autres procédures judiciaires (le cas échéant) :

Type : .....

Court : .....

Numéro de dossier : .....

<b>Section E</b>	<b>Demandes liées à l'accessibilité</b>
------------------	---

Avez-vous des besoins particuliers en matière linguistique, de communication ou de santé?

Oui  Non

Si vous avez répondu oui, veuillez préciser :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signé le \_\_\_\_\_ 20

Signataire : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_