

COUR PROVINCIALE DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR
CENTRE JUDICIAIRE : _____
Dossier n° _____

ORDONNANCE DE CONSENTEMENT CONCERNANT UNE PENSION ALIMENTAIRE POUR
ENFANTS

ENTRE : _____ REQUÉRANT(E)

ET : _____ INTIMÉ(E)

DEVANT l'honorable juge _____, le _____ 20__;

1. **ATTENDU QUE** _____ (le/la requérant(e) ou l'intimé(e)), _____ (nom), demande un soutien alimentaire en vertu de la *Family Law Act*, RSNL1990 cF-2, pour le ou les enfant(s) suivant(s) : (Inscrire le nom au complet, ainsi que la date et le lieu de naissance de chaque enfant à qui des aliments devront être payés)

1. _____ DDN _____ à _____
2. _____ DDN _____ à _____
3. _____ DDN _____ à _____
4. _____ DDN _____ à _____

OU (dans le cas d'une requête en modification)

1. **ATTENDU QUE** par une ordonnance rendue par _____ (tribunal) à _____, province de _____ le _____, il a été ordonné _____ (au/à la requérant(e) ou à l'intimé(e)), _____ (inscrire le nom), de payer des aliments _____ (au/à la requérant(e) ou à l'intimé(e)), _____, (inscrire le nom) pour le ou les enfant(s) suivant(s) : (Inscrire le nom au complet, ainsi que la date et le lieu de naissance de chaque enfant qui est visé par l'ordonnance)

1. _____ DDN _____ à _____
2. _____ DDN _____ à _____
3. _____ DDN _____ à _____
4. _____ DDN _____ à _____

2. **ET ATTENDU QUE** les parties ont conclu une entente concernant les aliments pour enfants selon les modalités décrites dans la présente ordonnance;

3. **IL EST PAR LES PRÉSENTES ORDONNÉ QUE** _____ (nom de la personne qui paiera les aliments), sur la base d'un revenu annuel brut de _____ \$ pour 20_____, paie une pension alimentaire à _____, (nom de la personne qui recevra les aliments) pour les enfants dont il est fait mention ci-dessus, d'un montant de _____ \$ par mois, déterminé selon les tables de pension alimentaire pour enfants pour la province de _____ (si le montant est supérieur ou inférieur au montant indiqué par les tables des lignes directrices, en expliquer la raison, c.-a-d. sur consentement, pour tenir compte de difficultés excessives, en vertu d'une entente de garde partagée, etc. _____).

Ce montant doit être payé de la manière suivante : _____

(Décrire quand et comment le paiement doit être effectué, c.-a-d. le premier ou le dernier jour de chaque mois ou en deux versements égaux le 15 et le dernier jour de chaque mois, etc.)

à compter du _____ 20_____, (date du premier paiement)
conformément à la *Family Law Act*, RSNL1990 cF-2.

4. **IL EST EN OUTRE ORDONNÉ QUE** tous les montants dus en vertu de la présente ordonnance soit payés directement au directeur chargé de l'exécution des ordonnances alimentaires, au profit du ou des enfant(s), à l'adresse suivante :

Programme d'exécution
des ordonnances alimentaires
(*Support Enforcement Program*)

P.O. Box 2006
Corner Brook, NL
A2H 6J8

Téléphone
(709)637-2608

à moins que la présente ordonnance ne soit retirée du bureau du directeur chargé de l'exécution des ordonnances alimentaires conformément au paragraphe 5(1) de la *Support Orders Enforcement Act*, RSNL1990 cS-31.

DÉPOSÉE à _____, province de Terre-Neuve-et-Labrador,
le _____ 20_____.

Juge/greffier

Je, _____, (requérant(e)) accepte les conditions de la présente ordonnance et consens à son dépôt devant la Cour.

Signé à _____, province de _____
le _____ 20_____.

Signature du requérant/de la requérante

Témoin de la signature du requérant/de la requérante
(commissaire aux serments, juge de paix, notaire public
ou autre personne autorisée à faire prêter serment)

Je, _____, (intimé(e)) accepte les conditions de la présente ordonnance et consens à son dépôt devant la Cour.

Signé à _____, province de _____
le _____ 20_____.

Signature de l'intimé/de l'intimée

Témoin de la signature de l'intimé/de l'intimée
(commissaire aux serments, juge de paix, notaire public
ou autre personne autorisée à faire prêter serment)