Annexe Gatineau 15 – Schedule Gatineau 15

Consentement à l’expertise psychosociale

Consent to psychosocial assessment

|  |  |
| --- | --- |
| CANADA | COUR SUPÉRIEURE |
| PROVINCE DE QUÉBEC | Chambre de la famille |
| District : |  |
| Nº de dossier : |  |
|  | PARTIE DEMANDERESSE |
|  | c. |
|  | PARTIE DÉFENDERESSE |

**CONSENTEMENT À L'EXPERTISE PSYCHOSOCIALE ET À LA CONSULTATION DE DOSSIERS**

Nous, soussignés, consentons à ce qu'une évaluation soit faite par un expert du Service d'expertise psychosociale d'un établissement visé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2), concernant notre/nos enfant(s) mineur(s):

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (prénom et nom de l'enfant) | (prénom et nom de l'enfant) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (prénom et nom de l'enfant) | (prénom et nom de l'enfant) |

Nous consentons à collaborer à la tenue d'entrevues avec chacun de nous et avec notre/nos enfant(s), ainsi qu'avec les autres membres de nos familles respectives si requis par l'expert.

Nous consentons à ce que l'expert consulte et prenne une copie du dossier de la Cour, incluant les rapports et dossiers médicaux conservés sous pli cacheté selon l'article 16 du *Règlement de la Cour supérieure du Québec en matière civile*, RLRQ c. C-25.01, r. 0.2.1.

Nous consentons également à ce que l'expert communique avec les personnes, professionnels ou établissements ci-après mentionnés et, au besoin, qu'il obtienne une copie de tous les dossiers nécessaires et pertinents à la préparation de son rapport:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nous comprenons finalement que le rapport de l'expert sera versé sous pli cacheté en preuve au dossier de la Cour et que nous aurons le droit d'interroger l'expert et de présenter toute preuve additionnelle.

ET NOUS AVONS SIGNÉ À \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avocat(e) de la partie demanderesse | Partie demanderesse |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avocat(e) de la partie défenderesse | Partie défenderesse |

**CONSENTEMENT DU OU DES ENFANT(S) MINEUR(S) DE 14 ANS ET PLUS**

Je consens à ce qu'une évaluation soit faite par un expert du Service d'expertise psychosociale ainsi qu'à l'accès et à la communication des dossiers visés ci-hauts.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avocat(e) de la partie demanderesse | Enfant mineur de 14 ans ou plus |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avocat(e) de la partie défenderesse | Enfant mineur de 14 ans ou plus |

**ÉCRIRE EN LETTRE MOULÉES**

**PARTIES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PÈRE** |  | **MÈRE** |
|  |  |  |
| Nom et prénom |  | Nom et prénom |
|  |  |  |
| Date de naissance |  | Date de naissance |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Adresse, ville et code postal |  | Adresse, ville et code postal |
|  |  |  |
| Téléphone résidence et travail |  | Téléphone résidence et travail |
|  |  |  |
| Cellulaire |  | Cellulaire |
|  |  |  |
| Adresse courriel |  | Adresse courriel |

**PROCUREURS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom et prénom |  | Nom et prénom |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Adresse, ville et code postal |  | Adresse, ville et code postal |
|  |  |  |
| Téléphone résidence et travail |  | Téléphone résidence et travail |
|  |  |  |
| Adresse courriel |  | Adresse courriel |

**ENFANTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom et prénom | Date de naissance | Téléphone |
|  |  |  |
| Adresse |  | Nom du procureur |
|  |  |  |
| Nom et prénom | Date de naissance | Téléphone |
|  |  |  |
| Adresse |  | Nom du procureur |

CANADA SUPERIOR COURT PROVINCE OF QUEBEC Family Division

District:

File No.:

Plaintiff

v.

Defendant

# CONSENT TO PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT AND CONSULTATION OF RECORDS

We, the undersigned, hereby consent to an assessment by an expert of the Service d’expertise psychosociale of an institution governed by the *Act respecting health services and social services* (CQLR, c. S-4.2) with respect to our minor child(ren):

(Given name and surname of the child) (Given name and surname of the child)

(Given name and surname of the child) (Given name and surname of the child)

We agree to cooperate with the interviews held with each one of us and with our child(ren), as well as with other members of our respective families, if required by the expert.

We agree that the expert may consult and obtain a copy of the Court record, including medical reports and files kept under seal in accordance with section 16 of the *Regulation of the Superior Court of Québec in civil matters* (CQLR,c. C-25.01, r. 0.2.1).

We also agree that the expert may communicate with the persons, professionals or institutions named below and, if necessary, obtain a copy of all the files necessary and relevant to prepare his or her report:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Last, we understand that the expert’s report will be deposited under seal in the Court record, subject to our right to examine the expert and introduce any additional evidence.

AND WE HAVE SIGNED AT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, on

Counsel for the plaintiff Plaintiff

Counsel for the defendant Defendant

# CONSENT OF THE MINOR CHILD(REN) 14 YEARS OF AGE OR OLDER

I agree that an assessment be conducted by an expert of the Service d’expertise psychosociale, and that he or she be given access to and provided with copies of the above files.

Counsel for the plaintiff Minor child 14 years of age or older

Counsel for the defendant Minor child 14 years of age or older

**COMPLETE IN BLOCK LETTERS**

**PARTIES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FATHER** |  | **MOTHER** |
|  |  |  |
| Given name and surname |  | Given name and surname |
|  |  |  |
| Date of birth |  | Date of birth |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Address, city and postal code |  | Address, city and postal code |
|  |  |  |
| Telephone home and work |  | Telephone home and work |
|  |  |  |
| Cellphone |  | Cellphone |
|  |  |  |
| Email |  | Email |

**LAWYERS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Given name and surname |  | Given name and surname |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Address, city and postal code |  | Address, city and postal code |
|  |  |  |
| Telephone home and work |  | Telephone home and work |
|  |  |  |
| Email |  | Email |

**CHILD(REN)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Given name and surname | Date of birth | Telephone |
|  |  |  |
| Address |  | Name of counsel |
|  |  |  |
| Given name and surname | Date of birth | Telephone |
|  |  |  |
| Address |  | Name of counsel |