

FORMULE 2**RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION***(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)***1. RENSEIGNEMENTS SUR MOI-MÊME**

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE	SEXE	DATE DE NAISSANCE
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR MOIS ANNÉE

2. ENFANT(S) (S'il y a plus de quatre enfants, veuillez joindre une page supplémentaire)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	Province/Territoire/État de résidence (au cours des 6 derniers mois)	Sexe de l'enfant	DATE DE NAISSANCE
					JOUR MOIS ANNÉE
1.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉFENDEUR (l'autre personne)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE	SEXE	DATE DE NAISSANCE
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR MOIS ANNÉE
PSEUDONYMES / AUTRES NOMS UTILISÉS		NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE		PERSONNE AVEC QUI VIT LE DÉFENDEUR (époux, épouse, conjoint de fait ou autre partenaire)	
AUTRES NUMÉROS D'IDENTIFICATION				NOM DE JEUNE FILLE DE LA MÈRE DU DÉFENDEUR	
ADRESSE ACTUELLE OU DERNIÈRE ADRESSE CONNUE (RUE ET NUMÉRO)			VILLE	L'ADRESSE DU DÉFENDEUR EST : <input type="checkbox"/> ACTUELLE, ou <input type="checkbox"/> À PARTIR DU (date) :	
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT		PAYS	CODE POSTAL	INDICATIF RÉGIONAL ET N° DE TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE	
<input type="checkbox"/> EMPLOYEUR ACTUEL OU <input type="checkbox"/> DERNIER EMPLOYEUR CONNU			EMPLOI HABITUEL (COMPREND AFFILIATION SYNDICALE ET LOCALE, COMMERCIALE OU PROFESSIONNELLE)		

ADRESSE AU TRAVAIL (RUE ET NUMÉRO)	VILLE	INDICATIF RÉGIONAL ET N° DE TÉLÉPHONE – TRAVAIL
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT	PAYS	CODE POSTAL
		INDICATIF RÉGIONAL ET N° DE TÉLÉC. – TRAVAIL

4. DESCRIPTION DU DÉFENDEUR

GRANDEUR	POIDS	COULEUR DES YEUX	COULEUR DES CHEVEUX	COULEUR DE LA PEAU	PORTE DES LUNETTES? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N VERRES DE CONTACT? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	LIEU DE NAISSANCE
----------	-------	------------------	---------------------	--------------------	---	-------------------

CARACTÉRISTIQUES OU MARQUES DISTINCTES ET VISIBLES (TATOUAGES, GRAINS DE BEAUTÉ, CICATRICES, ETC.)

AMIS ET/OU PARENTS QUI SAVENT OÙ JOINDRE LE DÉFENDEUR

NOM	LIEN	ADRESSE	VILLE	PROV./TERR./ÉTAT	CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE
1.						
2.						
3.						

LA PHOTOGRAPHIE DU DÉFENDEUR N'EST PAS JOINTE **OU** EST JOINTE

(ANNÉE DE LA PRISE DE LA PHOTO : _____)

J'ai un dossier d'exécution des ordonnances de soutien dans ma province/mon territoire/mon État.

N° de dossier : _____