

**FORM 2****YOUNG PERSON GRIEVANCE**

*(General Regulation - Custody and Detention of Young Persons Act, s.19(2))*

PRINT CLEARLY OR TYPE:

TO: \_\_\_\_\_  
Name of Supervisor

I, \_\_\_\_\_ ,  
Name of Young Person

of \_\_\_\_\_  
Name of Youth Custodial Facility

request a meeting in order to explain the circumstances and the grounds of my grievance.

The circumstances of my grievance are: *(Set out the facts surrounding the incident that gave rise to the grievance, including time, place, names of persons involved, names of witnesses and details of what happened.)*

The grounds of my grievance are: *(Set out the reasons why you believe that you have been treated by an employee or other person employed in the facility in an unreasonable, unjust, oppressive, improperly discriminatory, arbitrary, unfair, unduly harsh or inappropriate manner.)*

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Young Person

**NOTE:** YOU MUST DELIVER THIS FORM TO THE SUPERVISOR WITHIN TEN DAYS AFTER THE OCCURRENCE OF THE INCIDENT THAT GAVE RISE TO THE GRIEVANCE.

**FORMULE 2****GRIEF D'ADOLESCENT**

*(Règlement général - Loi sur la garde et la détention des adolescents, art.19(2))*

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES OU DACTYLOGRAPHIER :

DESTINATAIRE : \_\_\_\_\_ ,  
Nom du surveillant

JE SOUSSIGNÉ(E), \_\_\_\_\_ ,  
Nom de l'adolescent

de \_\_\_\_\_  
Nom de l'établissement de détention pour adolescents

demande la tenue d'une réunion afin d'expliquer les circonstances et les motifs de mon grief.

Les circonstances de mon grief sont les suivantes : *(Décrivez les faits entourant l'incident qui a donné lieu au grief, y compris la date, l'endroit, le nom des personnes impliquées, le nom des témoins et les détails de l'incident.)*

Les motifs de mon grief sont les suivants : *(Décrivez les raisons qui vous donnent lieu de croire que vous avez été traité de façon déraisonnable, opprimante, injustement discriminatoire, arbitraire, injuste, inéquitable, trop sévère ou inopportune par un employé ou une autre personne employée dans l'établissement.)*

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adolescent

**REM :** VOUS DEVEZ REMETTRE LA PRÉSENTE FORMULE AU SURVEILLANT DANS LES DIX JOURS QUI SUIVENT L'INCIDENT QUI A DONNÉ LIEU AU GRIEF.