**ANNEXE A**

**FORMULAIRE DE RÉSERVATION D’UNE DATE D’AUDIENCE**

**DEMANDE D’AUTORISATION DE SOINS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations sur la demanderesse** |  |
| Nom :  |  |
| Lieu de l’établissement :  |  |
| **Informations sur la défenderesse :** |  |
| Nom : |  |
| Lieu où elle sera entendue à l’audience : |  |
| Langue : |  |
| **Informations pour l’audience :**  |  |
| Langue dans laquelle l’audience aura lieu :  | \_\_ Français \_\_ Anglais |
| Nécessité d’un interprète : | \_\_ Autre (spécifier) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date d’audience demandée :(indiquer prioritairement une date prévue au calendrier judiciaire pour les demandes d’autorisation de soins) |  |
| Au cas où la date demandée n’était pas disponible, svp indiquer **toutes** les disponibilités pour les 2 semaines suivant la date demandée:  |  |

Signé le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Avocat de la partie demanderesse