

Veuillez remplir en caractère d'imprimerie

IDENTITÉ DE LA PARTIE DÉCLARANTE : Partie demanderesse Partie défenderesse

1 Nom(s) _____ Prénom(s) _____
2 Nom de famille à la naissance _____
3 Sexe M F 4 Langue Français Anglais
5 Adresse de résidence _____
Code postal _____ Province _____ Pays _____
Téléphone à la résidence _____ Au travail _____ Cellulaire _____
Adresse postale (si différente) _____
Code postal _____ Province _____ Pays _____
6 Date de naissance _____ N° d'assurance sociale _____
A A A A M M J J

INFORMATIONS SUR L'EMPLOI ET LES REVENUS

7 Travailleur salarié Travailleur autonome
Nom et adresse de l'employeur _____
Code postal _____ Province _____ Pays _____
Rémunération _____ Langue de communication Français Anglais
8 La partie déclarante est sans emploi
9 La partie déclarante reçoit des prestations d'aide financière de dernier recours N° du dossier (CP 12) _____
10 Autres revenus (Indiquer la source et le montant de chacun) _____

AUTRES INFORMATIONS

11 Le nom, à sa naissance, de la mère de la partie déclarante _____
12 Autre(s) nom(s) utilisé(s) par la partie déclarante _____
13 Indiquer la nature et la date de la demande qui accompagne cette déclaration

14 Si cette déclaration accompagne une demande en révision de l'obligation alimentaire, indiquer la date du jugement qui accorde cette pension _____ et le n° du dossier, si différent _____
A A A A M M J J

INFORMATIONS (SI ELLES SONT CONNUES) CONCERNANT L'AUTRE PARTIE

15 Adresse de résidence _____
16 Téléphone à la résidence _____ Au travail _____ Cellulaire _____
17 Date de naissance _____ N° d'assurance sociale _____
A A A A M M J J

DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements me concernant sont exacts et complets et je signe:
à _____ le _____ ième jour de _____

Signature de la partie déclarante