

**DEMANDE D'ATTESTATION
 EN VUE DE LA RÉSILIATION D'UN BAIL
 POUR MOTIFS DE VIOLENCE OU D'AGRESSION À CARACTÈRE SEXUEL¹**
 (art. 1974.1 du Code civil du Québec)

SECTION 1														
VOTRE NOM ET PRÉNOM														
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom	Prénom												
Comment pouvons-nous vous rejoindre ? <input type="checkbox"/> À l'adresse ci-jointe <input type="checkbox"/> En communiquant avec la personne suivante : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. NOM : _____ PRÉNOM : _____														
Votre adresse actuelle [ou sinon l'adresse de la personne que vous nous avez indiquée]														
N° et rue		App.												
Municipalité		Code postal												
Tél. domicile		Tél. travail												
LE LOGEMENT DONT VOUS VOULEZ RESILIER LE BAIL														
1° Son adresse														
N° et rue		App.												
Municipalité		Code postal												
2° Le propriétaire du logement ou son représentant														
Nom		Prénom												
N° et rue		App.												
Municipalité		Code postal												
Tél. [domicile]		Tél. [travail]												
3° La durée du bail en cours														
<input type="checkbox"/> bail de durée indéterminée <input type="checkbox"/> bail de moins de 12 mois <input type="checkbox"/> bail de 12 mois ou plus		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th colspan="3">Début du bail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 33%;">année</td> <td style="width: 33%;">mois</td> <td style="width: 33%;">jour</td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th colspan="3">Fin du bail</th> </tr> <tr> <td>année</td> <td>mois</td> <td>jour</td> </tr> </tbody> </table>	Début du bail			année	mois	jour	Fin du bail			année	mois	jour
Début du bail														
année	mois	jour												
Fin du bail														
année	mois	jour												
4° Êtes-vous le seul signataire du bail avec le propriétaire?														
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> 1° Qui a également signé le bail avec vous comme colocataire? Nom : _____ Prénom : _____													
	2 Quel est votre lien avec lui ? <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> ex-conjoint <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____													
5° Annexez une copie du bail														

¹ Aux fins d'alléger le texte, la forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes et vice-versa.

SECTION 2 DESCRIPTION DES FAITS		
<i>Décrivez les actes de violence ou d'agression à caractère sexuel qui donnent lieu à votre demande.</i>		
<p style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">Ne pas remplir cette section si la situation ou les faits que vous voulez décrire ont été déclarés à la police</p>		

APPLICABLE AUX COURS MUNICIPALES

Annexe 1

SECTION 3 INTERVENTION POLICIERE	
En regard des faits survenus, avez-vous porté une plainte à la police ou encore la police est-elle intervenue ?	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
N° d'événement ou de référence	Service de police
Enquêteur	Date approximative où la police est intervenue

SECTION 4
<i>Si votre sécurité ou celle d'un enfant habitant avec vous</i>
<ul style="list-style-type: none"> - <i>est menacée en raison de la violence d'un conjoint ou d'un ancien conjoint, remplissez la Section 4.1;</i> - <i>est menacée en raison d'une agression à caractère sexuel, remplissez la Section 4.2;</i> - <i>est menacée en raison de ces deux situations, remplissez la Section 4.1 ou la Section 4.2 en nous expliquant vos craintes concernant les évènements survenus.</i>

SECTION 4.1 MOTIFS VOUS FAISANT CRAINdre POUR VOTRE SÉCURITÉ OU CELLE DE VOTRE ENFANT EN RAISON DE LA VIOLENCE D'UN CONJOINT OU D'UN ANCIEN CONJOINT

Décrivez dans vos mots les faits vous faisant craindre pour votre sécurité ou celle de votre enfant en raison de la violence que vous avez subi. À titre d'exemple, il peut s'agir d'une ou des situations suivantes qui s'inscrivent dans un contexte de violence :

- *Séparation récente ou imminente du couple, conjoint qui n'accepte pas la séparation, présence d'un nouveau conjoint, dégradation accélérée de la relation, réactions du conjoint lors de séparations antérieures, le conjoint profère des menaces de mort (conjointe, enfant, autre parent), menace d'enlèvement des enfants, menace de suicide, menace avec arme, scénario d'homicide exprimé, harcèlement (filature, téléphone, lettre, courriel), contrôle de la conjointe, agissements violents, non-respect des conditions de libération, agressivité, impulsivité, instabilité, désir de vengeance, dépression, idées suicidaires, détresse psychologique, obsession de retrouver la conjointe, possessivité, jalousie, changement brusque et inexplicable d'attitudes et de comportements, problème de santé mentale, problème de consommation d'alcool ou de drogues.*

Présence d'enfants :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Présence ou disponibilité d'armes :
Nombre :	âge(s) :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>

APPLICABLE AUX COURS MUNICIPALES

Annexe 1

SECTION 4.2		
MOTIFS VOUS FAISANT CRAINDRE POUR VOTRE SÉCURITÉ OU CELLE DE VOTRE ENFANT EN RAISON D'UNE AGRESSION À CARACTÈRE SEXUEL		
<p><i>Décrivez dans vos mots les faits vous faisant craindre pour votre sécurité ou celle de votre enfant en raison de l'agression à caractère sexuel que vous ou votre enfant avez subi. À titre d'exemple, il peut s'agir d'une ou des situations suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Vous ou votre enfant avez déjà subi une agression à caractère sexuel dans ce logement, cet immeuble ou ce quartier. Il peut s'agir d'attouchements sexuels (aux parties génitales, fesses, poitrine), d'exhibitionnisme, de voyeurisme, de tentative d'imposer, à vous ou à votre enfant, des contacts sexuels, des rapports sexuels, des menaces d'être agressé sexuellement.</i>		
Présence d'enfants :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Nombre :	âge(s) :	Présence ou disponibilité d'armes : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>

AUTORISATION

Je, soussigné(e), autorise l'officier public à communiquer ou recevoir les renseignements personnels me concernant qui s'avèrent pertinents au traitement de ma demande.

Nom du déclarant(e)

SERMENT OU AFFIRMATION SOLENNELLE

Je, soussigné(e), _____

Nom du déclarant(e)

déclare sous serment (ou affirme solennellement) que les faits allégués dans la présente demande sont vrais.

Et j'ai signé

Déclarant(e)

Assermenté(e) devant moi,

À

Le

Nom du commissaire à l'assermentation