

# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION N°2

Veillez remplir, signer et envoyer avant la Date limite des Réclamations du 9 octobre 2023.

2017 01G 2568 CP  
COUR SUPRÊME DE TERRE-NEUVE ET DE LABRADOR - DIVISION GÉNÉRALE

ENTRE :

**JANE DOE (#7), ~~JOHN DOE (#9)~~, (abandonné)  
JOHN DOE (#10) ET JOHN DOE (#11)**

**DEMANDEURS**

**ET :**

**SA MAJESTE LA REINE DU CHEF DE LA PROVINCE DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR**

**DÉFENDEUR**

*Introduit en vertu de la Loi sur les recours collectifs, S.N.L. 2001, ch. C-18.1*

**Recours collectif institutionnel relatif aux abus sexuels - Whitbourne, Pleasantville Training Schools et  
St. John's Youth Centre**

## DÉCLARATION SOLENNELLE

Je \_\_\_\_\_, de la [ville] de \_\_\_\_\_, dans la province de \_\_\_\_\_  
[Réclamant pour Abus]

**DÉCLARE SOLENNELLEMENT QUE LES RÉPONSES ET LES INFORMATIONS QUE J'AI DONNÉES CI-DESSOUS SONT VÉRIDIQUES :**

### PARTIE I : INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Quel est votre nom complet ?

---

2. Quelle est votre date de naissance ?

---

3. Où êtes-vous né(e)? (Veuillez indiquer la ville, la province et le pays)

---

4. Quelle est votre adresse résidentielle actuelle ? (Veuillez indiquer l'adresse, la ville, la province, le pays et le code postal)

---

5. Veuillez indiquer l'adresse postale que vous souhaitez que nous utilisions, si celle-ci est différente de l'adresse indiquée à la question 4 ci-dessus. (Veuillez indiquer l'adresse, la ville, la province, le pays et le code postal)

---

6. Quel est votre plus haut niveau d'études ?

---

---

7. Dans quel(s) Établissement(s) avez-vous résidé ?

---

---

---

---

8. Veuillez énumérer les années durant lesquelles vous avez résidé dans l'(les) Établissement(s) ?

---

---

---

---

9. Quel est votre employeur actuel ou votre vocation (le cas échéant) ?

---

---

---

---

10. Quelle est l'adresse de votre employeur actuel (le cas échéant) ?

---

---

---

11. Quel est votre revenu annuel actuel ? .00 \$

12. Avez-vous déclaré les revenus ci-dessus à l'ARC ? OUI ou NON (veuillez encercler une réponse)

**PARTIE II : DÉTAILS DE L'ABUS**

13. Indiquez les noms et les fonctions, si possible, des personnes qui ont commis des actes d'inconduite sexuelle à votre rencontre :

---

---

---

---

---

---

---

14. Décrivez la nature de l'abus sexuel et la date approximative à laquelle il s'est produit, y compris le nombre de fois, ou si vous n'êtes pas en mesure de déterminer le nombre de fois, à quelle fréquence : (veuillez utiliser une feuille supplémentaire si vous avez besoin de plus d'espace).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

15. Souhaitez-vous ajouter autre chose concernant les abus sexuels ?

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

17. Comment les abus vous ont-ils affecté (le cas échéant) ?

a. Sur le plan éducatif :

---

---

---

---

---

---

---

---

b. Professionnellement :

---

---

---

---

---

---

---

---



c. Dans vos relations personnelles :

---

---

---

---

---

d. Sur le plan de votre santé mentale :

---

---

---

---

---

e. Votre bien-être général :

---

---

---

---

---

18. Avez-vous reçu un traitement pour les répercussions décrites ci-dessus ?

---

---

---

19. Si vous avez reçu un traitement, indiquez de la part de qui ci-dessous :

---

---

---

**JE FAIS CETTE DÉCLARATION SOLENNELLE** en la croyant exacte et en sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment. Je comprends que les informations fournies peuvent affecter mes droits à l'encontre de la partie défenderesse et j'accepte d'être lié(e) par ces réponses dans toute procédure impliquant mes demandes d'indemnisation auprès de la partie défenderesse.

**DÉCLARÉ DEVANT MOI** dans la ville de \_\_\_\_\_, dans la province de \_\_\_\_\_ le

(Jour / Mois) \_\_\_\_\_ 2023

---

**TÉMOIN (Veuillez signer, indiquer votre nom en lettres moulées et votre numéro de téléphone)**

---

**RÉCLAMANT POUR ABUS (Témoïn)**

*Le Réclamant pour Abus doit attester, sous peine de parjure, qu'il/elle a été victime d'Abus Sexuels au cours de la Période visée par le Recours Collectif entre le 1er mai 1973 et le 28 juin 1989.*

Réclamant pour Abus (Nom légal complet) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Témoin (Nom légal complet) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**Veillez compléter, signer et envoyer les Formulaires N°1 et N°2 avant la Date limite des Réclamations du 9 octobre 2023 à 23h59 HNE**

**Les Formulaires de Réclamation N°1 et N°2 peuvent être soumis par l'une des méthodes suivantes :**

- i. Par courriel à : [Claims@Trilogyclassactions.ca](mailto:Claims@Trilogyclassactions.ca);
- ii. Par fax : 416 342 1761
- iii. Par service de messagerie Purolator (prépayé) :
- iv. Par voie postale : (Veillez noter qu'il ne s'agit pas de la méthode la plus sécurisée ou la plus confidentielle – Nous vous invitons à profiter du courrier Purolator prépayé)

**Trilogy Class Action Services  
117 Queen St, P.O. Box 1000,  
Niagara-on-the-Lake, ON,  
L0S 1J0**

De plus amples informations et des documents judiciaires sont disponibles dans la langue de votre choix sur le site Web suivant : <http://www.NFLDsexabuseclassaction.ca>