

*ONTARIO*  
**COUR DES FAILLITES DE LA COUR SUPÉRIEURE DE JUSTICE**  
**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DATE D'AUDITION**

**DANS L'AFFAIRE DE**

**Dans** \_\_\_\_\_, **Ontario**

- A. La durée estimative de l'audition de la présente affaire est \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ jour(s)
- B.  Rôle ordinaire (jusqu'à 1 heure)  Audience spéciale (1 heure à 1 jour)  Affaire prolongée (plus d'un jour)

**Veillez remplir le formulaire de mise au rôle pour une audience spéciale pour toute demande d'une durée d'une heure ou plus et la remettre avec le présent formulaire de demande d'audition.**

C. Nature de l'audience dans la présente affaire :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libération du failli                                    | <input type="checkbox"/> Motion en _____  |
| <input type="checkbox"/> Approbation de la proposition par le tribunal           | <input type="checkbox"/> Syndic s'oppose à la libération du failli                      |
| <input type="checkbox"/> Libération du syndic                                    | <input type="checkbox"/> Créancier s'oppose à la libération du failli                   |
| <input type="checkbox"/> Appel du rejet des preuves de réclamation par le syndic | <input type="checkbox"/> Motion en modification de l'ordonnance de libération du failli |

D. Affaire  contestée  sur consentement  non contestée

E. Indiquez la ou les date(s) et heure(s) demandée(s) pour l'audition de l'affaire qui a ou ont été convenue(s) avec l'autre avocat ou syndic \_\_\_\_\_

F. Précisez quand la présente affaire a été traitée et le nom du juge/registraire :

\_\_\_\_\_

G. Les mesures suivantes seront nécessaires pour l'audition de l'affaire : Exigences pour l'audience :

\_\_\_\_\_

Sécurité  Oui  Non      Sténographe  Oui  Non

Date du dépôt : \_\_\_\_\_

Requérant/auteur de la demande : \_\_\_\_\_

Autre partie : \_\_\_\_\_

Partie : \_\_\_\_\_

Partie : \_\_\_\_\_

Avocat ou syndic qui comparaît : \_\_\_\_\_

Avocat ou syndic intimé : \_\_\_\_\_

en lettres moulées et signer ou parapher

en lettres moulées et signer ou parapher

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

(S'il y a plus de 2 parties, ajouter les signatures et coordonnées additionnelles au verso ou sur une page supplémentaire.)

Remettre au : Bureau de la Cour des faillites  
 330, avenue University, 9<sup>e</sup> étage, Toronto (Ontario) M5G 1R7  
**De préférence – par courriel :**  
**Toronto.Bankruptcy@ontario.ca**  
 Télécopieur : 416 327-6228 Téléphone : 416 327-5044

|  |
|--|
| À l'usage du Bureau de la Cour<br>des faillites :<br>Date fixée :<br>Remettre les documents avant le : |
|--|

|                |  |                |  |
|----------------|--|----------------|--|
| Autre partie : | _____                                    | Autre partie : | _____                                    |
| Partie :       | _____                                    | Partie :       | _____                                    |
| Avocat ou      | _____                                    | Avocat ou      | _____                                    |
| syndic         | _____                                    | syndic         | _____                                    |
| intimé :       | _____                                    | intimé :       | _____                                    |
|                | en lettres moulées et signer ou parapher |                | en lettres moulées et signer ou parapher |
| Adresse :      | _____                                    | Adresse :      | _____                                    |
|                | _____                                    |                | _____                                    |
| Téléphone :    | _____                                    | Téléphone :    | _____                                    |
| Télécopieur :  | _____                                    | Télécopieur :  | _____                                    |
| Courriel :     | _____                                    | Courriel :     | _____                                    |