

# PROGRAMME D'EXÉCUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

ENTRE :

\_\_\_\_\_ créancier ou  
bénéficiaire  
(personne qui reçoit les  
aliments)

- et -

\_\_\_\_\_ débiteur ou payeur  
(personne qui paie les aliments)

## Déclaration solennelle

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, dans la province  
*Nom et prénom(s) de la personne qui déclare* *Nom de la ville*  
du Manitoba, DÉCLARE SOUS LA FOI DU SERMENT :

1. QUE le \_\_\_\_\_, le débiteur susmentionné a reçu  
*Date de l'ordonnance (ou de l'accord/entente)*  
l'ordre de payer des aliments à \_\_\_\_\_  
*Nom(s) du ou des bénéficiaires des aliments*

\_\_\_\_\_ au montant de \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
*Montant du paiement alimentaire* *Cycle de paiement*  
(y compris les dépenses, le cas échéant)

2. QUE je n'ai pas perdu mon droit de demander l'exécution de cette ordonnance.

3. QUE les paiements alimentaires sont arriérés et que le total des aliments qui me sont dus est

de \_\_\_\_\_ \$, jusqu'au \_\_\_\_\_,  
*total des aliments exigibles* *date courante (date de la signature du présent document)*  
(voir calendrier joint)

comme il est indiqué au calendrier des paiements joint. Le prochain paiement alimentaire est dû le \_\_\_\_\_. Conformément à l'ordonnance susmentionnée,  
*date d'échéance du prochain paiement après signature*  
il n'y a pas d'autres arriérés que je demanderai au programme de percevoir en mon nom.

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, déclare solennellement que le contenu de la présente  
*Nom et prénom de l'auteur de la déclaration*  
déclaration solennelle est exact et que je la fais la croyant vraie en toute conscience.

**Conformément au paragraphe 55(3.1) de la Loi sur l'obligation alimentaire, quiconque fait une fausse déclaration solennelle commet une infraction et encourt, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, une amende maximale de 2 000 \$ et un emprisonnement maximal de 90 jours, ou l'une de ces peines.**

\_\_\_\_\_ devant moi à \_\_\_\_\_)

Serment ou affirmation

Dans la province du Manitoba, le \_\_\_\_\_ 20\_\_ )

\_\_\_\_\_  
Signez ici

\_\_\_\_\_  
(Témoin)

Registraire adjoint, notaire public,

Commissaire à l'assermentation (date d'expiration de la Commission \_\_\_\_\_)

# PROGRAMME D'EXECUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

## CALENDRIER DES PAIEMENTS

N° de dossier \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

DATE D'ÉCHÉANCE	MONTANT DÛ	MONTANT REÇU	MONTANT EXIGIBLE

Utilisez une autre page au besoin

**Total des aliments  
exigibles  
Insérez le total au n° 3**