

ANNEXE H

Formulaire d'exclusion

RECOURS COLLECTIF DES EXTERNATS INDIENS

SI VOUS DÉPOSEZ CE FORMULAIRE, VOUS ALLER ÊTRE EXCLUT DU RECOURS COLLECTIF DES EXTERNATS INDIENS FÉDÉRAUX ET VOUS N'ALLEZ PAS RECEVOIR D'INDEMNISATION DU RÈGLEMENT.

Il s'agit d'un formulaire d'exclusion. Ceci n'est pas un formulaire de réclamation.

Si vous soumettez ce formulaire, vous conserverez un droit individuel de poursuivre le Canada pour les préjudices que vous avez subis en fréquentant un externat indien fédéral mais vous ne recevrez **AUCUNE** somme d'argent du Règlement des externats indiens fédéraux.

Pour plus d'information sur le Règlement, veuillez visiter www.indiandayschools.com.

Pour être exclu du Règlement, ce formulaire doit être complété, signé et envoyé, tel que décrit ci-dessus, **au plus tard le 18 novembre, 2019**. Si ce formulaire n'est pas cacheté ou reçu par cette date, vous ferez partie du recours collectif et vous serez éligible à recevoir une indemnité en vertu de la Convention de Règlement.

Ce formulaire peut être soumis de deux manières différentes :

1. Par courriel à dayschools@gowlingwlg.com. Veuillez remplir les pages ci-jointes, numériser le formulaire au complet et inclure le formulaire en pièce jointe au courriel.
2. Par la poste à :

Formulaire d'exclusion des externats fédéraux

Gowling WLG (Canada) LLP
160, rue Elgin, bureau 2600
Ottawa, ON K1P 1C3

3. Par télécopieur au : 1-613-563-9869, **Attention : Formulaire d'exclusion des externats fédéraux**

Ce formulaire doit être reçu par l'avocat du groupe ou cacheté au plus tard le 18 novembre 2019.

Si vous avez des questions par rapport à ce formulaire, veuillez communiquer avec l'avocat du groupe au numéro sans frais :

1 (844) 539-3815

L'INFORMATION CONTENUE DANS CE FORMULAIRE SERA SOUMISE AU DÉFENDEUR ET À L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS. TOUTES INFORMATIONS DONNÉES VONT RESTER CONFIDENTIELLES ET VONT SEULEMENT ÊTRE PARTAGÉES AUX FINS DE CETTE PROCÉDURE.

Initial _____

Veillez apposer vos initial sur chaque page

Formulaire d'exclusion

Je comprends qu'en cochant la case ci-dessous, j'indique mon intention de m' **EXCLURE** du recours collectif relatif aux externats indiens fédéraux.

Je comprends qu'en m'excluant:

- Je ne serai pas membre du recours collectif et je ne serai pas admissible à une indemnité en vertu du présent Règlement ; et
- Je conserverai le droit de poursuivre individuellement le Canada pour les préjudices subis en fréquentant un externat indien fédéral.

[] Par la présente, je m'exclus du recours collectif des externats indiens fédéraux.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu et compris les documents au soutien de l'avis publiés en ligne ou dans d'autres formats.

Je comprends qu'en soumettant ce formulaire je ne recevrai pas de compensation du Règlement des externats indiens fédéraux.

Date (mm/jj/aaaa) Signature (membre du recours ou représentant légal)

Date (mm/jj/aaaa) Signature du témoin

Nom du témoin (impression)

Information concernant le membre du recours :

Nom de Famille	Prénom	Initial du milieu	Date de naissance (mm/jj/aa)
----------------	--------	-------------------	------------------------------

Adresse postale

Ville	Province/Territoire	Code postal
-------	---------------------	-------------

()

Numéro de téléphone	Adresse courriel
---------------------	------------------

Initial _____

Information sur l'externat indien :

Veillez fournir les informations suivantes sur le(s) externat(s) indien(s) que vous avez fréquentées.

Nom de(s) l'externat(s)	Réserve	Province / Territoire	Année(s) à l'externat

Représentant légal (Administrateur de la succession ou tuteur)

Si vous remplissez ce formulaire pour vous-même, veuillez ignorer cette section.

Si vous remplissez ce formulaire au nom d'une personne handicapée ou d'une succession, veuillez remplir l'information ci-dessous.

Nom de Famille Prénom Initial du milieu Date de naissance (mm/jj/aa)

Adresse postale

Ville Province/Territoire Code postal

()

Numéro de téléphone Adresse courriel

Lien existant avec le membre du recours

Veillez joindre une copie de l'Ordonnance du tribunal ou tout autre document vous désignant comme tuteur ou administrateur testamentaire. De plus, veuillez cocher la case ci-dessous décrivant le statut du membre du recours :

- Une personne handicapée (inclure une copie d'une procuration relative aux biens, ou un certificat de tutelle légale)
- Décédé (inclure un certificat d'homologation à titre de fiduciaire de la succession)

Date de décès : _____

Initial _____