

**RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX FRUITS CONGELÉS
NATURE'S TOUCH
INSTRUCTIONS POUR LES RÉCLAMANTS**

Aux fins de ce Formulaire de Réclamation, les "Fruits Congelés Rappelés" désignent le Mélange de Baies et Cerises Organiques de la marque Nature's Touch en sacs de 1.5 kg (3.3 lb), dont les dates de péremption allaient jusqu'au 15 mars 2018 inclusivement, portant le code universel des produits 8 73668 00179 1, vendus dans les entrepôts Costco situés en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador.

LA DATE LIMITE POUR SOUMETTRE UNE RÉCLAMATION EST LE 3 OCTOBRE 2019.

Les **Formulaires de Réclamation** peuvent être soumis à l'Administrateur des Réclamations en ligne au www.berryrecallclaim.ca. Pour les réclamations soumises en format papier, les **Formulaires de Réclamation** doivent porter un cachet postal au plus tard du **3 octobre 2019** et avoir été transmis par la poste à l'adresse suivante :

**Action collective relative au rappel de baies
Suite 3-505, 133 Weber Street North
Waterloo, ON, N2J 3G9**

Si vous avez besoin d'assistance ou de conseils pour compléter votre Formulaire de Réclamation, vous pouvez retenir les services d'un conseiller juridique à vos frais ou contacter l'Administrateur des Réclamations, sans frais, au 1-866-879-4915. **Les Réclamants qui retiennent les services d'avocats ou de mandataires pour compléter leur Formulaire de Réclamation seront entièrement responsables des frais et dépenses de ces avocats ou représentants.**

Les réclamants (ou leurs avocats/mandataires) **doivent** aviser l'Administrateur des Réclamations **par écrit** de tout changement ou correction dans leur nom, adresse, numéro de téléphone ou représentation légale.

Veillez conserver des copies de tout document que vous transmettez à l'Administrateur des Réclamations.

Veillez noter qu'il pourrait s'écouler plusieurs semaines ou davantage afin d'obtenir la documentation médicale requise au soutien de votre réclamation. Veuillez commencer le processus de réclamation dès maintenant.

Si vous réclamez au nom d'un enfant mineur dans la catégorie pour Vaccination ou la catégorie pour Préjudice Corporel, vous devez compléter la Reconnaissance de Responsabilité à la fin de ce formulaire en présence d'un témoin ayant plus de 18 ans.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Des renseignements personnels concernant les Réclamants sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur des Réclamations conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* LC 2000, ch. 5 (LPRPDE) :

- aux fins de mettre en œuvre et d'administrer l'Entente de Règlement de l'action collective relative aux baies Nature's Touch (l'« Entente de Règlement »);
- d'évaluer et de considérer l'admissibilité du Réclamant en vertu de l'Entente de Règlement; et
- sont strictement privés et confidentiels et ne seront pas divulgués sans le consentement écrit exprès du Réclamant, si ce n'est en conformité avec l'Entente de Règlement et le Protocole de Distribution.

**RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX FRUITS CONGELÉS
NATURE'S TOUCH
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

SECTION 1 - Identification du Réclamant

Je réclame au nom du/des Réclamant(s) suivant(s):

- 1. Moi-même seulement**
- 2. Réclamant(s) A, B, ou C ci-dessous, mais pas moi (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)**
 - A. Un/des mineur(s) (âgé(s) de moins de 18 ans)**
Veuillez joindre : (1) une copie de votre autorité pour agir ; et (2) une Reconnaissance de Responsabilité complétée (voir l'Annexe A).
 - B. Une personne ayant une incapacité légale**
Veuillez joindre une copie de votre autorité pour agir (par exemple : procuration, etc.)
 - C. Une personne décédée**
Veuillez joindre une copie de votre autorité pour agir (par exemple : testament, ordonnance d'un tribunal, etc.)
- 3. Moi-même et le/les Réclamant(s) A, B, ou C ci-dessous (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)**
 - A. Un/des mineur(s) (âgé(s) de moins de 18 ans)**
Veuillez joindre : (1) une copie de votre autorité pour agir ; et (2) une Reconnaissance de Responsabilité complétée (voir l'Annexe A).
 - B. Une personne ayant une incapacité légale**
Veuillez joindre une copie de votre autorité pour agir (par exemple : procuration, etc.)
 - C. Une personne décédée**
Veuillez joindre une copie de votre autorité pour agir (par exemple : testament, ordonnance d'un tribunal, etc.)

Veuillez compléter cette Section avec les renseignements du Réclamant qui a plus de 18 ans. Si vous réclamez au nom d'un/de mineur(s), mais pas pour vous-même, veuillez passer à la Section 2. Si vous êtes un avocat ou un représentant qui complète ce formulaire au nom de votre client, veuillez compléter cette Section et la Section 3.

Nom de famille du Réclamant: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Veillez compléter ce qui suit pour les réclamations pour préjudice corporel ou pour vaccination seulement :

Numéro d'assurance-maladie provincial : _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Date de décès (si applicable) : Jour _____ Mois _____ Année _____

Veillez joindre le certificat de décès officiel.

SECTION 2 - Identification du Représentant

Cette section doit être complétée seulement si vous soumettez une réclamation à titre de Représentant d'un Réclamant ou d'un/de mineur(s). Vous DEVEZ fournir la preuve de votre autorité pour agir à titre de représentant d'un Réclamant ou d'un/de mineur(s).

Même que le Réclamant nommé à la Section 1

Nom de famille du Représentant: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code Postal: _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Preuve de l'autorité pour agir comme représentant: _____

SECTION 3 - Identification du Représentant Légal

Cette section doit être complétée SEULEMENT si un avocat ou un mandataire représente le Réclamant. Si vous complétez cette section, toutes les correspondances seront transmises à votre représentant légal.

Nom du cabinet d'avocats ou de l'agence: _____

Nom de famille de l'avocat ou du mandataire: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code Postal: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____

SECTION 4 – Réclamation pour Pertes Économiques

*Complétez cette Section si le Réclamant (i) a acheté les Fruits Congelés Rappelés, et (ii) n'a **pas** reçu de remboursement du prix d'achat.*

Si le Réclamant a déjà reçu un remboursement de ses achats de Fruits Congelés Rappelés, mais qu'il réclame pour des dommages issus de la maladie ou du préjudice résultant de la consommation des Fruits Congelés Rappelés, ne complétez pas cette section et passez à la Section 6. Veuillez noter que les réclamations pour pertes économiques qui ne sont pas appuyées (lorsqu'aucune facture n'est disponible) seront indemnisées par le montant indiqué ci-dessous, mais les indemnités n'excéderont pas 25,00\$.

Je, _____, par la présente, déclare, sous peine de parjure, que le Réclamant (i) a acheté les Fruits Congelés Rappelés et (ii) n'a pas reçu de remboursement du prix d'achat.

- Copies de la preuve d'achat des Fruits Congelés Rappelés sont jointes à ce formulaire. Prix d'achat total des Fruits Congelés Rappelés : _____ \$
- Copies de la preuve d'achat **ne sont pas** disponibles. Valeur approximative totale des achats de Fruits Congelés Rappelés : _____ \$

SECTION 5 – Réclamation pour Vaccination

Complétez cette Section si le Réclamant ou le/les mineur(s) : (i) a/ont consommé les Fruits Congelés Rappelés, (ii) a/ont subséquemment été vacciné(s) contre l'Hépatite A en conséquence de la consommation des Fruits Congelés Rappelés, **et** (iii) ne se qualifie(nt) pas à une indemnité du règlement pour une réclamation pour préjudice corporel.

Je, _____, par la présente, déclare, sous peine de parjure, que le Réclamant ou le/les mineur(s) énuméré(s) ci-dessous (i) a/ont consommé les Fruits Congelés Rappelés, (ii) a/ont subséquemment été vacciné(s) contre l'infection possible par l'Hépatite A en conséquence de la consommation des Fruits Congelés Rappelés.

Un Formulaire de Réclamation distinct et une déclaration DOIVENT être soumis par chaque Réclamant de plus de 18 ans. Si vous réclamez au nom d'un ou d'enfant(s) mineur(s) de votre ménage, veuillez indiquer les noms et dates de naissance de l'enfant mineur. Vous devez compléter la Reconnaissance de Responsabilité à la fin de ce formulaire.

- Je réclame seulement pour le Réclamant nommé à la Section 1.
- Je réclame seulement pour le/les mineur(s) énuméré(s) ci-dessous.
- Je réclame pour moi-même et pour le/les mineur(s) énuméré(s) ci-dessous.

Je réclame au nom du/des enfant(s) mineur(s) de mon ménage sous mes soins ci-dessous:

NOM DU/DES MINEUR(S)	DATE DE NAISSANCE

- Si le Réclamant ou le/les mineur(s) **n'a/ont pas** été vacciné(s) au Costco, veuillez fournir une preuve de la vaccination résultant de la consommation des Fruits Congelés Rappelés (par exemple : dossiers médicaux, notes d'un médecin).
- Une copie de la preuve d'achat des Fruits Congelés Rappelés est soumise avec cette réclamation.
- Une copie de la preuve d'achat **n'est pas** disponible.

Le nombre total de réclamations pour vaccination dans ce formulaire est : _____

SECTION 6 – Réclamation pour Préjudice Corporel

Complétez cette Section pour chaque Réclamation pour Préjudice Corporel rapportée. Veuillez imprimer et compléter des copies additionnelles de cette Section au besoin.

Veillez indiquer comment le Réclamant ou le mineur a eu un diagnostic d'Hépatite A:

- le diagnostic d'Hépatite A a été obtenu dans un hôpital.
- le diagnostic d'Hépatite A a été fait par un médecin de famille ou un autre clinicien, mais pas dans un hôpital.
- il n'a pas de diagnostic d'Hépatite A, mais les symptômes sont supportés par des dossiers médicaux.
- il n'a pas de diagnostic d'Hépatite A, mais vivait dans le même ménage qu'une personne qui a contracté l'Hépatite A (**veuillez passer à la section 7**).

Même réclamant qu'à la section 1

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Numéro d'assurance-maladie provincial : _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Date de décès (si applicable) : Jour _____ Mois _____ Année _____

- Copie de la preuve d'achat des Fruits Congelés Rappelés est jointe à ce formulaire.
- Copie de la preuve d'achat **n'est pas** disponible.

SECTION 6(A) - Description des symptômes

Je, _____, par la présente, déclare, sous peine de parjure, que [Nom du Réclamant pour Préjudice Corporel ou mineur] _____ a consommé les Fruits Congelés Rappelés, ce qui a eu pour effet le(s) préjudice(s) et/ou symptôme(s) suivant(s) :

Veillez cocher tous les symptômes que le Réclamant ou le mineur a subis:

- Diarrhée (aqueuse ou sanglante)
 - Jaunisse (jaunissement de la peau ou du blanc des yeux)
 - Douleur ou inconfort abdominal, modéré à sévère
 - Nausées
 - Vomissements
 - Autres symptômes. Veuillez spécifier : _____
-
-

Veillez indiquer la durée des symptômes:

- Jusqu'à 15 jours.
- Plus de 15 jours mais ne dépassant pas 30 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Plus de 30 jours mais ne dépassant pas 45 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Plus de 45 jours mais ne dépassant pas 60 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Plus de 60 jours mais ne dépassant pas 75 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Plus de 75 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie: _____

Conformément au Protocole de Distribution et aux fins de cette Section, « admis à l'hôpital » signifie que le Réclamant ou le mineur a été admis en tant que patient à l'hôpital dans le but de traiter ou de surveiller les symptômes liés à l'Hépatite A, mais doit également inclure :

- (i) *les admissions à l'hôpital où il/elle a été libéré(e) moins de 24 heures après son admission;*

- (ii) *si il/elle n'est pas admis(e) à l'hôpital, mais se présente à l'hôpital à plusieurs reprises en raison de symptômes continus de l'Hépatite A, toutes ces consultations seront réputées constituer une seule admission à l'hôpital aux fins d'établir la valeur de la réclamation;*
- (iii) *nonobstant ce qui précède, plusieurs visites pour des soins d'urgence liées à une symptomatologie continue liée à l'Hépatite A constituent une seconde admission à l'hôpital.*

Est-ce que le Réclamant ou le mineur a été admis dans un hôpital pour des symptômes liés à l'Hépatite A ?

- Oui. Veuillez spécifier le nom de l'hôpital et la durée de l'hospitalisation:

Nom de l'hôpital: _____

Nombre de jours: _____

Durée des symptômes/complications APRÈS le congé de l'hôpital :

- Non, l'admission à l'hôpital n'a pas été requise.

Est-ce que le Réclamant ou le mineur a subi des complications continues ou exceptionnelles liées à l'Hépatite A après avoir eu congé de l'hôpital ?

- Oui. Veuillez décrire: _____

Durant combien de jours ou mois? _____

- Non.

Est-ce que le Réclamant ou le mineur a eu besoin d'une chirurgie quelconque résultant de l'infection à l'Hépatite A en raison de la consommation des Fruits Congelés Rappelés ?

- Oui. Veuillez décrire: _____

- Non

SECTION 6(B) – Documentation médicale au soutien

Aux fins de ce Formulaire de Réclamation, « Dossiers médicaux » désignent les notes de médecins, les registres d'admission à l'hôpital, les résultats de prises de sang ou les autres documents médicaux créés durant ou peu après la maladie par un médecin, un hôpital ou un autre professionnel de la santé.

Si vous réclamez pour des symptômes ayant duré jusqu'à 15 jours en conséquence de la consommation des Fruits Congelés Rappelés, vous devez fournir :

1. La preuve médicale confirmant le **diagnostic** d'Hépatite A par un professionnel de la santé. Veuillez indiquer le type de preuve médicale à l'appui que vous joignez à cette réclamation :

2. Si aucune preuve de diagnostic d'Hépatite A n'est disponible, les **symptômes** de l'Hépatite A doivent être établis par des dossiers médicaux. Veuillez indiquer le type de preuve médicale à l'appui que vous joignez à cette réclamation :

Si vous réclamez pour des symptômes ayant duré plus de 15 jours en conséquence de la consommation des Fruits Congelés Rappelés, vous devez fournir :

1. La preuve médicale confirmant le **diagnostic** d'Hépatite A par un professionnel de la santé. Veuillez indiquer le type de preuve médicale à l'appui que vous joignez à cette réclamation :

2. La preuve médicale démontrant des **symptômes** continus correspondant à une infection à l'Hépatite A (c.-à-d. diarrhée, douleur ou inconfort abdominal, jaunisse, nausées ou vomissements). Veuillez indiquer le type de preuve à l'appui que vous joignez à cette réclamation qui établit la date de début des symptômes et la période la plus longue au cours de laquelle les symptômes ont été ressentis :

15-30 jours (requis): _____

31-45 jours (requis, si applicable): _____

46-60 jours (requis, si applicable): _____

75 jours et + (requis, si applicable) : _____

SECTION 7 – Réclamation pour Préjudice Corporel à la Même Résidence

*Veillez compléter cette section si le Réclamant ou le mineur a consommé les Fruits Congelés Rappelés et, en conséquence, a contracté l'Hépatite A, qui **n'a pas** été diagnostiqué par un professionnel de la santé, mais le Réclamant ou le mineur réside dans le même ménage que quelqu'un qui :*

- 1. a consommé les Fruits Congelés Rappelés;*
- 2. a reçu un diagnostic d'Hépatite A; et*
- 3. présente une réclamation pour préjudice corporel pour sa propre maladie.*

Les Réclamations pour Préjudice Corporel soumises en vertu de la Section 7 seront plafonnées à 250,00\$. Les Réclamations de la Famille soumises en vertu de la Section 8 seront plafonnées à 2% de la valeur de la Réclamation pour Préjudice Corporel de la personne qui a un diagnostic confirmé d'Hépatite A. Veuillez noter qu'une personne ne peut présenter une Réclamation pour Préjudice Corporel et une Réclamation de la Famille.

Nom de famille: _____ Prénom: _____

- Veillez cocher cette case si le Réclamant pour Préjudice Corporel ayant la Même Résidence est un mineur (Doit contenir : (1) Renseignements du Représentant à la section 2 de ce Formulaire de Réclamation; (2) Preuve de l'autorité pour agir à titre de représentant; (3) formulaire de Reconnaissance de Responsabilité).**

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Numéro d'assurance-maladie provincial : _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Date de décès (si applicable) : Jour _____ Mois _____ Année _____

Je, _____, par la présente, déclare, sous peine de parjure, que [Nom du Réclamant ou du mineur ayant une réclamation pour Préjudice Corporel à la Même Résidence] _____ a consommé les Fruits Congelés Rappelés et réside avec une personne qui a reçu un diagnostic d'Hépatite A en conséquence de la consommation des Fruits Congelés Rappelés.

Veillez inclure les informations suivantes pour le Réclamant ou le mineur ayant une réclamation pour Préjudice Corporel à la Même Résidence :

Nom de l'employeur ou de l'école : _____

Numéro de téléphone de l'employeur ou de l'école : _____

Nombre de journées d'absence du travail ou de l'école en raison de la maladie résultant de la consommation des Fruits Congelés Rappelés : _____

Si aucune journée de travail ou d'école n'a été manquée, veuillez indiquer la raison : _____

Veillez cocher tous les symptômes que le Réclamant ou le mineur ayant une réclamation pour Préjudice Corporel à la Même Résidence a subis:

- Diarrhée (aqueuse ou sanglante)
- Jaunisse (jaunissement de la peau ou du blanc des yeux)
- Douleur ou inconfort abdominal, modéré à sévère
- Nausées
- Vomissements
- Autres symptômes. Veuillez spécifier : _____

Veillez compléter ce qui suit pour la personne qui a reçu un diagnostic confirmé d'Hépatite A en conséquence de la consommation des Fruits Congelés Rappelés et qui partage sa résidence avec le Réclamant ou le mineur ayant une réclamation pour Préjudice Corporel à la Même Résidence:

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Numéro d'assurance-maladie provincial : _____

Date de naissance: Jour _____ Mois _____ Année _____

Veillez inclure ce qui suit avec votre réclamation :

1. Preuve de même résidence (par exemple : permis de conduire avec la même adresse);

2. Si applicable, la preuve médicale à l'appui qui relève les symptômes pertinents du Réclamant ou du mineur ayant une réclamation pour Préjudice Corporel à la Même Résidence.

Le nombre total de réclamations pour préjudice corporel conformément aux Sections 6 et 7 de ce formulaire est : _____

- Une Copie de la preuve d'achat des Fruits Congelés Rappelés est jointe à ce formulaire.
- Une Copie de la preuve d'achat **n'est pas** disponible.

SECTION 8 – Réclamations de la Famille

Veillez compléter cette section si le Réclamant ou le mineur est un époux, enfant, petit-enfant, parent, grand-parent, frère ou sœur de la personne qui a une Réclamation pour Préjudice Corporel, tel que démontrée par les dossiers médicaux qui établissent le diagnostic d'Hépatite A. Une personne ne peut présenter une Réclamation pour Préjudice Corporel et une Réclamation de la Famille.

Nom de famille : _____ Prénom: _____

- Veillez cocher cette case si le Réclamant pour la Famille est un mineur (doit contenir : (1) Renseignements du Représentant à la section 2 de ce Formulaire de Réclamation; (2) Preuve de l'autorité pour agir à titre de représentant; (3) formulaire de Reconnaissance de Responsabilité).**

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Date de décès (si applicable) : Jour _____ Mois _____ Année _____

Veillez compléter ce qui suit pour la personne qui a un diagnostic d'Hépatite A confirmé et qui partage sa résidence avec le Réclamant ou le(s) mineur(s):

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Numéro d'assurance-maladie provincial : _____

Date de naissance: Jour _____ Mois _____ Année _____

Veillez joindre ce qui suit à votre réclamation :

1. Preuve de même résidence (par exemple : permis de conduire avec la même adresse);

SECTION 9 – Quittance des réclamations

Je confirme que j'ai / je n'ai pas reçu une compensation en vertu d'autres procédures ou d'un règlement hors cour et/ou donné quittance relativement aux Fruits Congelés Rappelés. Si vous avez reçu une compensation ou si vous avez quittancé vos réclamations, veuillez fournir les détails ci-dessous :

Compensation: _____ \$

Détails des réclamations quittancées: _____

SECTION 10 – Paiement par virement électronique (Optionnel)

Les personnes qui complètent cette section et sont admissibles à recevoir une indemnité du règlement recevront leur paiement par virement électronique. Le paiement par virement électronique n'est disponible que pour les réclamations admissibles d'une valeur de moins de 10 000.00\$. Veuillez écrire clairement.

Adresse courriel : _____

SECTION 11 – Déclaration et autorisation du Réclamant

Le/la soussigné(e), par la présente, consent à la divulgation des renseignements contenus dans le présent formulaire dans la mesure de ce qui est nécessaire pour traiter cette réclamation d'indemnité. Le/la soussigné(e) reconnaît et comprend que ce Formulaire de Réclamation est un document de Cour officiel sanctionné par le Tribunal qui supervise l'Entente de Règlement, et que soumettre ce Formulaire de Réclamation à l'Administrateur des Réclamations équivaut à le déposer au dossier de la Cour.

Le/la soussigné(e), par la présente, autorise l'Administrateur des Réclamations à contacter le Réclamant si cela est requis afin d'administrer la réclamation.

Je confirme que j'ai 18 ans et plus.

Après avoir révisé les renseignements qui ont été fournis dans ce Formulaire de Réclamation, le/la soussigné(e), déclare, sous peine de parjure, que l'information contenue dans ce Formulaire de Réclamation est vraie et exacte au meilleur de ses connaissances, informations et croyances.

Date: _____

Signature du Réclamant (ou Représentant du Réclamant)

Nom en caractères d'imprimerie du Réclamant (ou du Représentant du Réclamant)

Date: _____

Signature de l'Avocat du Réclamant (si applicable)

Nom en caractères d'imprimerie de l'Avocat du Réclamant

VEUILLEZ JOINDRE ET SOUMETTRE TOUTES LA PREUVE REQUISE À L'APPUI DE VOTRE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION.

ANNEXE A – RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITÉ DU GARDIEN

Veillez compléter une copie de cette reconnaissance pour chaque réclamant mineur mentionné dans ce formulaire.

Cette reconnaissance de responsabilité est donnée par :

Nom du Gardien: _____

Adresse : _____

1. Cette reconnaissance de responsabilité fait référence à un mineur, _____ (nom du mineur), qui est né le _____ (jour, mois, année).
2. Je suis le gardien du mineur car je suis :
 - le parent du mineur.
 - le gardien nommé par acte ou testament du parent du mineur, _____ (nom du parent) qui est maintenant décédé.
 - le gardien nommé par ordonnance du tribunal datée du _____ (date de l'ordonnance de garde).
3. J'ai le pouvoir et la responsabilité de prendre des décisions quotidiennes concernant le mineur.
4. J'ai joint une copie de mon autorité pour agir au nom du mineur (par exemple : certificat de naissance détaillé, certificat de baptême, ordonnance du tribunal ou autre preuve de garde).
5. Je demande à l'Administrateur des Réclamations de me remettre, pour détenir à titre de fiduciaire pour le mineur, l'argent payable au mineur en vertu de l'Entente de Règlement.
6. J'utiliserai ou je consacrerai l'argent au seul bénéfice du mineur.
7. Lorsque le mineur atteindra l'âge de 18 ans, j'en rendrai compte au mineur et lui transférerai la balance de l'argent restante à ce moment.

Date: _____

Signature du Gardien: _____

Témoin: _____