

## Déclaration solennelle – entente de séparation

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires  
352, rue Donald, bureau 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8  
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca

Téléphone : 204 945-7133  
Télécopieur : 204 945-5449  
Sans frais au Canada : 1 866 479-2717

ENTRE :

\_\_\_\_\_

Créancier alimentaire  
(Personne qui reçoit les aliments)

- et -

\_\_\_\_\_

Débiteur alimentaire  
(Personne qui verse les aliments)

### Déclaration solennelle

Je, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, dans la province \_\_\_\_\_,

*Nom complet de la personne qui fait la déclaration*

*Nom de la ville ou de la municipalité*

\_\_\_\_\_, une des parties susnommées ayant signé une entente de séparation

datée du \_\_\_\_\_ (copie notariée ci-jointe) déclare solennellement :

1. Il n'existe aucune ordonnance judiciaire prévoyant des paiements d'aliments ou des paiements d'arriéré d'aliments.
2. Le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires (le « Programme ») n'effectuera aucune recherche afin de trouver toute ordonnance judiciaire en vigueur et, en vertu de la présente déclaration, il m'attribue le fardeau de la preuve.
3. Le Programme mettra fin à sa participation s'il est informé d'une ordonnance incompatible et j'assume l'entièbre responsabilité de toute poursuite découlant de toute assertion délibérément ou involontairement inexacte.

Je, \_\_\_\_\_, déclare solennellement que le contenu de la présente

*Nom complet de la personne qui fait la déclaration*

déclaration solennelle est vérifique, et je la fais consciencieusement, la croyant vérifie.

**Le paragraphe 87(1) de la Loi sur l'exécution des obligations alimentaires prévoit que 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.**

Déclaré \_\_\_\_\_ devant moi à \_\_\_\_\_,

*sous serment ou solennellement*

*Ville ou municipalité*

dans la province du Manitoba, le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

*Signature de la personne qui fait la déclaration*

(Témoin)

Registraire adjoint, notaire public,  
commissaire à l'assermentation (ma commission expire le \_\_\_\_\_)