ANNEXE 3

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Une Entente de règlement est intervenue dans le cadre du recours collectif portant numéro de Cour **750-06-000005-154** intenté par X, tant personnellement qu'à titre de représentant des membres du groupe décrit comme suit :

> « Toutes les victimes d'agressions sexuelles perpétrées par le Frère Jean-Paul Thibault, membre de la congrégation religieuse L'Institut des Frères de Notre-Dame de Miséricorde, alors qu'il était affilié au Collège St-Hilaire inc. (ci-après le « **groupe** »). »

Si vous estimez être membre du groupe et si souhaitez présenter une réclamation pour être éligible à recevoir une indemnité dans le cadre de l'Entente de règlement, vous devez compléter ce Formulaire de réclamation (dûment rempli, signé et accompagné des documents exigés) et le retourner soit par courrier recommandé (faisant foi de la date de l'envoi) ou par télécopieur (avec bordereau de transmission) aux coordonnées mentionnées à la fin du Formulaire et ce, **AU PLUS TARD LE 5 JUILLET 2016, à défaut de quoi votre réclamation sera déclarée irrecevable et ne donnera droit à aucune indemnité**.

Afin d'obtenir plus de renseignements sur le processus d'adjudication et au traitement de votre réclamation, veuillez consulter l'**ANNEXE 2** de l'Entente de règlement.

Une copie de l'Entente de règlement peut être obtenue gratuitement sur le site Internet www.kklex.com.

1. MODALITÉS : MEMBRE VIVANT

A. IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT

(EN LETTRES MOULÉES)

PRÉNOM	**INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS**	**NOM DE FAMILLE**
ADRESSE MUNICIPALE		**N^{O} APPARTEMENT : _____**
VILLE	**PROVINCE/TERRITOIRE**	**CODE POSTAL**
NO. TÉL. DOMICILE	**NO. TÉL. CELLULAIRE**	**NO. TÉL. TRAVAIL**

POUVONS-NOUS LAISSER UN MESSAGE À CES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE **DOMICILE : OUI ☐ NON ☐ CELLULAIRE : OUI ☐ NON ☐** **TRAVAIL : OUI ☐ NON ☐**
ADRESSE COURRIEL _____
POUVONS-NOUS LAISSER UN MESSAGE À CETTE ADRESSE INTERNET : **OUI ☐ NON ☐**
COMMENT AIMERIEZ-VOUS QUE NOUS COMMUNIQUIONS AVEC VOUS? **COURRIER ☐ TÉLÉPHONE (DOMICILE) ☐ TÉLÉPHONE (CELLULAIRE) ☐ TÉLÉPHONE (TRAVAIL) ☐ TÉLÉPHONE (COURRIEL) ☐**
ÂGE : / **DATE DE NAISSANCE :** **JOUR_____/MOIS_____/** **ANNÉE_____**
MÉTIER, PROFESSION OU OCCUPATION ACTUELLE :
LA PÉRIODE DE FRÉQUENTATION AU COLLÈGE (JOINDRE UNE PREUVE DOCUMENTAIRE DE CELLE-CI PAR EXEMPLE UN BULLETIN, UN LIVRE DES FINISSANTS, UNE LETTRE D'ADMISSION, ETC.) :

B. IDENTIFICATION DE LA NATURE DES GESTES À CARACTÈRE SEXUEL SUBIS

Veuillez cocher la catégorie d'agression sexuelle qui, selon vous, correspond aux gestes sexuels que vous avez subis :

LA CATÉGORIE DE GESTES À CARACTÈRE SEXUEL QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE À VOTRE CAS	LES GESTES SEXUELS QUE VOUS ESTIMEZ AVOIR SUBIS
Catégorie A ☐	- Des incidents répétés d'attouchements de nature sexuelle ou;
Catégorie B ☐	- Un ou plusieurs incidents de masturbation et/ou de fellation (avec ou sans éjaculation); ou

Catégorie C ☐	- Un ou plusieurs incidents de rapport sexuel par pénétration anale.

Veuillez fournir une description des gestes à caractère sexuel subis devant notamment inclure les éléments suivants :

i. une description la plus précise possible des gestes à caractère sexuel posés par le Frère Thibault;

i. l'endroit où ces gestes ont été posés, et si d'autres personnes étaient présentes ;

ii. leur durée et leur fréquence;

iii. le(s) moment(s) où ils ont été posés et quand ils ont cessé (mois/année (s)), dans la mesure du possible;

La description devrait contenir le plus de détails possible.

Vous pouvez joindre autant de feuilles de papier que nécessaire pour fournir une description complète. Il est important d'écrire lisiblement.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

C. INDICATION DES SYMPTÔMES SUBIS

Avez-vous éprouvé, en lien avec ces gestes à caractère sexuel, un ou plusieurs des symptômes suivants au cours de votre vie (cocher autant de cases(s) qui s'applique(nt) à votre cas) :

LES SYMPTÔMES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES GESTES À CARACTÈRE SEXUEL DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE.
TYPE DE SYMPTÔMES : **1.** Anxiété ☐ **2.** Cauchemars ☐ **3.** Sentiment dépressif ☐ **4.** Honte et/ou culpabilité ☐ **5.** Colère ☐ **6.** Humiliation ☐ **7.** Baisse d'estime de soi ☐ **8.** Énurésie ☐ **9.** Difficultés de sommeil (insomnies, cauchemars) ☐ **10.** Difficultés interpersonnelles, avec les membres de sa famille de son entourage ou dans son milieu de travail ☐ **11.** Difficultés au plan sexuel ☐ **12.** Consommation d'alcool, de drogue ou autres substances ☐ **13.** Idées suicidaires ☐

Veuillez fournir une description de la fréquence et de la sévérité de chacun des symptômes identifiés au tableau précédent. La description devrait contenir le plus de détails possible.

Vous pouvez joindre autant de feuilles de papier que nécessaire pour fournir une description complète. Il est important d'écrire lisiblement.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Veuillez fournir, le cas échéant, une description détaillée des soins de santé que vous avez reçus (hospitalisation, médication, thérapie, etc.) en relation avec les symptômes identifiés au tableau précédent.

Vous pouvez joindre autant de feuilles de papier que nécessaire pour fournir une description complète. Il est important d'écrire lisiblement.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

D. DOCUMENTS POUVANT ÊTRE FOURNIS AVEC LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Il est possible de joindre au présent Formulaire de réclamation tout autre document utile à la démonstration des gestes à caractère sexuel subis et/ou symptômes encourus en lien avec ceux-ci.

E. PERSONNES POUVANT TÉMOIGNER DEVANT L'ADJUDICATEUR

Outre votre témoignage et uniquement si vous le jugez nécessaire, veuillez identifier la ou les personnes qui viendront témoigner devant l'Adjudicateur soit en lien avec des gestes à caractère sexuel dont vous avez subis ou en lien avec les symptômes subis.

Veuillez fournir leur(s) nom(s) et une brève description du sujet de leur témoignage :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

F. TRANSMISSION DU FORMULAIRE DE RÉCLAMATION/MEMBRE

Le présent Formulaire de réclamation doit être transmis **AU PLUS TARD LE 5 JUILLET 2016 à l'Adjudicateur** soit :

a. par courrier recommandé (faisant foi de la date de l'envoi) à l'adresse suivante :
   À l'attention de l'Honorable André Forget
   55, rue Castonguay, bureau 400
   Saint-Jérôme, Québec
   J7Y 2H9;
   ou

b. par télécopieur (avec bordereau de transmission) au numéro suivant : 450-436-9735;

Une copie additionnelle devra également être transmise aux procureurs du groupe Kugler Kandestin à l'attention de Me Robert Kugler :

a. par courriel : rkugler@kklex.com;

b. par télécopieur (avec bordereau de transmission) au numéro suivant : 514-875-8424;

c. en mains propres;

G. ENDROIT DE LA RENCONTRE AVEC L'ADJUDICATEUR

Le réclamant doit indiquer à quel endroit il souhaite rencontrer l'Adjudicateur en cochant une des cases suivantes :

☐ Montréal
☐ St-Jérôme
☐ Pour les réclamants qui résident à l'extérieur de la province de Québec, par visioconférence

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ :

À _____(ville)_____ le _____ (date) _____

Par (signature) : _____

Nom en lettres moulées : _____