

# COLLÈGE CHRÉTIEN GRENVILLE (« CCG ») LE RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION PRIVÉ ET CONFIDENTIEL

Ce Formulaire de réclamation est pour les Membres du Groupe visé par le Règlement qui souhaitent de déposer une réclamation d'indemnisation au cadre de l'Entente de règlement. Le terme «les Membres du Groupe visé par le Règlement» désigne les personnes qui ont fréquentés et été pensionnaires au CCG entre septembre 1973 et juillet 1997 (et vous n'êtes pas un(e) enfant ou un(e) petit(e)-enfant de Charles Farnsworth et/ou Alastair Haig et vous ne vous êtes pas valablement retiré(e) de cette action collective).

Si vous souhaitez de déposer une réclamation d'indemnisation, vous DEVEZ compléter et déposer ce Formulaire de réclamation, ainsi que de fournir les pièces justificatives requis à l'Administrateur des réclamations, le cachet de la poste faisant foi, **au plus tard le :**

**22 OCTOBRE 2024 à 23h 59, l'heure normale de l'est (HNE)**

Les réclamations déposées tardivement ne seront ni acceptées ni valides.

Toutes les informations inclus dans ce Formulaire de réclamation seront traitées entre Epiq et les Avocats du Groupe visé par le Règlement comme étant confidentielles. L'information déposé ne sera pas partagée avec les Défendeurs ni leurs avocats, ou des témoins à l'appui de votre réclamation.

### COMMENT DÉPOSER VOTRE RÉCLAMATION

Veuillez choisir une des deux méthodes suivantes pour déposer votre Formulaire de réclamation, y compris les pièces justificatives et la Déclaration d'impact:

1. Par la poste ou par un service de courrier	Vous pouvez faire parvenir votre Formulaire de réclamation complété, par la poste ou par un service de courrier à l'adresse de l'Administrateur des réclamations :  <b>Les services d'actions collectives Epiq Canada Attention : GCC Settlement Casier postal 507, SUCCURSALE B, Ottawa, Ontario, K1P 5P6</b>  Votre réclamation doit être envoyé <b>au plus tard le <u>22 OCTOBRE 2024</u></b> , le cachet de la poste faisant foi.
2. Courriel	Vous pouvez faire parvenir votre Formulaire de réclamation complété par courriel : <a href="mailto:info@GCCSettlement.ca">info@GCCSettlement.ca</a>

**Avez-vous des questions? Contactez-nous gratuitement par téléphone: 1-877-786-0546  
ou consultez [www.GCCSettlement.ca](http://www.GCCSettlement.ca).**

Le Règlement vise à permettre aux Membres du Groupe de tourner la page et à leur fournir un soutien pour la guérison. L'indemnisation au titre du Règlement sert également une fonction symbolique en reconnaissant les préjudices subis par les Membres du Groupe.

L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

**SECTION I : L'IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT**

L'Administrateur des réclamations utilisera les informations que vous avez fournies pour traiter votre réclamation. Si vos informations changent, veuillez informer l'Administrateur des réclamations par écrit.

**VOUS DEVEZ INCLURE UNE COPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ VALIDE AVEC PHOTO ÉMISE PAR LE GOUVERNEMENT QUI CORRESPOND AU NOM ET AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

Prénom\*

Nom de famille\*

Nom de jeune fille ou d'autres nom antérieurs

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) \*

Adresse postale\*

Ville \*

Province\*

Code postale\*

Pays \*

Courriel \*

Numéro de téléphone \*

**SECTION II : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT (LE CAS ÉCHÉANT)**

Veuillez compléter cette section si vous déposez une réclamation au nom d'un Membre du Groupe visé par le Règlement parce que vous êtes :

- Le représentant autorisé d'un Membre du Groupe (ex : une procuration);

Raison\*: \_\_\_\_\_

Ou

- Le représentant autorisé d'un Membre du Groupe de la succession du Membre du Groupe décédé.

Veuillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..

L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

**VOUS DEVEZ FOURNIR DES DOCUMENTS ATTESTANT QUE VOUS ÊTES LÉGALEMENT AUTORISÉ À AGIR AU NOM DU MEMBRE DU GROUPE OU DE SA SUCCESSION (PAR EXEMPLE, UN CERTIFICAT DE NOMINATION D'UN ADMINISTRATEUR DE SUCCESSION, UNE PROCURATION, ETC.)**

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

Prénom du représentant \*

Nom de famille du représentant \*

Lien du représentant avec le réclamant \*

Adresse postale du représentant \*

Ville \*

Province\*

Code postale \*

Pays \*

Courriel du représentant \*

Numéro de téléphone du représentant \*

- En cochant cette case, je confirme que **je suis autorisé** à déposer une réclamation d'indemnisation au nom du Membre du Groupe et que j'ai inclus les documents justificatifs (*tels qu'une procuration relative aux biens, un certificat de décès et les dernières volontés, ou un certificat de nomination d'un administrateur successoral*). \*

**SECTION III : IDENTIFICATION DU CONSEILLER JURIDIQUE (LE CAS ÉCHÉANT)**

- Veuillez compléter cette section seulement si le Réclamant est représenté par un avocat.

**Attention: si cette section est remplie, toute correspondance sera envoyée à votre avocat, qui sera responsable d'informer l'Administrateur des réclamations de tout changement d'adresse postale. Si vous changez d'avocat, vous devez notifier par écrit les nouvelles informations à l'Administrateur des réclamations.**

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

Veuillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..

L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Nom du cabinet d'avocats \*

Nom complet de l'avocat \*

Numéro de membre du barreau

L'adresse postale du cabinet d'avocats \*

Ville \*

Province\*

Code postale \*

Pays \*

Courriel de l'avocat \*

Numéro de téléphone de l'avocat \*

**SECTION IV : CATÉGORIES D'INDEMNISATION**

**GROUPE A : PAIEMENT D'EXPÉRIENCE COMMUNE**

**TOUS LES RÉCLAMANTS DOIVENT RÉPONDRE AUX QUESTIONS DU GROUPE A: EXPÉRIENCE COMMUNE CI-DESSOUS.**

Veillez compléter ce Formulaire de réclamation si vous avez fréquenté et été pensionnaire au CCG pendant la Période de l'action collective (entre septembre 1973 et juillet 1997) en ayant été soumis à des actes de contrôle, de dévalorisation, d'intimidation et d'humiliation.

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

**1. Avez-vous fréquenté et été pensionnaire au CCG entre septembre 1973 et juillet 1997?**

Oui       Non

**2. Veuillez fournir votre nom complet lorsque vous étiez inscrit(e) au CCG.**

Prénom (quand inscrit(e)) \*

Nom de famille (quand inscrit(e)) \*

Veillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..

L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

**3. Veuillez préciser les dates auxquelles vous avez fréquenté et y avez été pensionnaire au CCG entre septembre 1973 et juillet 1997. \* Une année scolaire est de 10 mois, entre septembre et juin.**

Date de début de l'année scolaire		Date de fin de l'année scolaire	
1.		à	
2.	Mois, année	à	Mois, année
3.	Mois, année	à	Mois, année
4.	Mois, année	à	Mois, année
	Mois, année		Mois, année

**4. Pendant les années où vous avez fréquenté le CCG, y a-t-il eu des périodes où vous n'étiez pas pensionnaire au CCG (par exemple, vous avez été retiré des dortoirs pour vivre avec votre famille ou vous avez été envoyé à la Communauté de Jésus)? \***

Oui     Non

**A. Si oui, veuillez indiquer les dates vous n'étiez pas pensionnaire au CCG entre septembre et juin de chaque Année scolaire. Une année scolaire est de 10 mois, entre septembre et juin.**

Date(s) de votre départ de l'embarquement		Date(s) de votre retour à l'embarquement	
1.		à	
2.	Mois, année	à	Mois, année
3.	Mois, année	à	Mois, année
4.	Mois, année	à	Mois, année
	Mois, année		Mois, année

**5. Quels sont les niveaux scolaires que vous avez atteints au CCG?**

---

Veuillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..

L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

6. Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires de l'Ontario ("DESO") auprès du CCG ? \*

Oui  Non

A. If Si oui, avez-vous une copie de votre DESO?

Oui  Non

7. Lorsque vous avez fréquenté le CCG, étiez-vous l'enfant d'un membre du personnel? \*

Oui  Non

8. Aviez-vous des colocataires lorsque vous avez embarqué au CCG? \*

Oui  Non  Inconnu/ne se souvient pas

A. Si oui, veuillez indiquer les informations suivantes concernant vos colocataires:

	Nom du Colocataire	Dates auxquelles vous avez embarqué ensemble
1.		
2.		Mois, année au mois, année
3.		Mois, année au mois, année
4.		Mois, année au mois, année
		Mois, année au mois, année

*Veillez noter qu'il est possible que des documents supplémentaires soient requis pour confirmer l'appartenance au Groupe. Il peut être demandé aux réclamants de fournir des documents et/ou des informations supplémentaires pour confirmer leur appartenance au Groupe – sans ces documents demandés, c'est possible que le réclamant ne soit pas éligible pour le paiement.*

Veillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..

L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

**GROUPE B: INDEMNISATION POUR DES BLESSURES PHYSIQUES ET/OU  
PSYCHOLOGIQUES GRAVES ET/OU DES SÉVICES SEXUELS**

**SI VOUS SOUHAITEZ DÉPOSER UNE RÉCLAMATION AU TITRE DU GROUPE B,  
VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS DU GROUPE B : BLESSURES  
PHYSIQUES ET/OU PSYCHOLOGIQUES GRAVES ET/OU DES SÉVICES SEXUELS  
CI-DESSOUS.**

**En plus des paiements au titre du GROUPE A, les Membres du Groupe visé par le Règlement peuvent aussi déposer une réclamation d'indemnisation supplémentaire s'ils ont des réclamations relatives à des blessures physiques et/ou psychologiques graves et/ou des sévices sexuels.**

*ATTENTION : Dans cette section, les Réclamants doivent déposer une Déclaration d'impact décrivant la nature de l'incident ou des incidents allégués. Nous comprenons que certains Réclamants auront besoins de plus de temps pour compléter la Déclaration d'impact. Si vous avez besoin de plus de temps, veuillez indiquer que vous déposez votre Déclaration d'impact après avoir déposé votre Formulaire de réclamation. Vous **DEVEZ** déposer votre Déclaration d'impact à l'Administrateur des réclamations au plus tard **le 22 octobre 2024**, le cachet de la poste faisant foi, en utilisant l'une des méthodes fournies sur la page d'instructions de ce Formulaire de réclamation.*

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

- En cochant cette case, je confirme que je dépose une réclamation d'indemnisation au titre du **Groupe B** pour des blessures physiques et/ou psychologiques graves et/ou des sévices sexuels. \*

### Blessures Psychologiques

1. Étiez-vous diagnostiqué avec une condition psychologique admissible (énumérée ci-dessous) qui est, en tout ou en partie, lié à votre temps et à votre expérience au CCG? \*

Oui     Non

Les affections psychologiques suivantes sont des conditions psychologiques admissibles qui peuvent être, en tout ou en partie, liés à votre temps et à votre expérience au CCG :

- Troubles liés à l'utilisation ou à l'abus de substances psychoactives
- Trouble de l'alimentation/trouble du comportement alimentaire
- Anxiété et/ou crises de panique
- Trouble de stress aigu
- Dépression ou trouble dépressif majeur

Veuillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..

## L'ACTION COLLECTIVE CCG FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

- Troubles de la personnalité
- Dissociation
- Somatisation
- Trouble des conduites
- Trouble oppositionnel avec provocation
- Comportement d'adaptation inapproprié
- Problèmes de sexualité/ comportements sexuels inappropriés ou promiscuité/problèmes d'intimité
- syndrome du stress post-traumatique / syndrome du stress post-traumatique complexe
- Automutilation (y compris idées suicidaires et tentatives de suicide)
- Colère, agression et/ou rage
- Insomnie, terreurs nocturnes, cauchemars d'abus et somnambulisme
- Autres troubles de la personnalité et/ou psychotiques nécessitant un traitement médical et des conseils..

**2. Si vous étiez diagnostiqué avec une condition psychologique admissible, veuillez décrire ci-dessous votre traitement médical lié à votre trouble psychologique:**

Condition psychologique admissible	Traitement médical (Cochez tout ce qui s'applique)	Durée du traitement médicale
	<input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Moins que 5 ans <input type="checkbox"/> Plus que 5 ans
	<input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Moins que 5 ans <input type="checkbox"/> Plus que 5 ans
	<input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Moins que 5 ans <input type="checkbox"/> Plus que 5 ans
	<input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Moins que 5 ans <input type="checkbox"/> Plus que 5 ans

**3. Veuillez fournir des preuves de tous les conditions et traitement allégé(e)s**

- Les dossiers médicaux diagnostiquant et/ou documentant la condition liée à mon temps et à mon expérience au GCC sont joints. \*

Veuillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..





L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

**Blessures Physiques**

5. **Avez-vous subi une (des) blessure(s) physique(s) au cours de votre expérience au CCG entre septembre 1973 et juillet 1997. \***

Veillez noter qu'une blessure physique admissible sera liée à:

- Des Châtiments corporels excessifs; et/ou
- Des Disciplines sévères, par exemple, des tâches manuelles qui:
  - Étaient difficiles et douloureuses, c'est-à-dire qu'elles provoquaient des saignements ou des douleurs;
  - Mettaient les étudiants en danger en ce qui concerne leur santé et/ou leur sécurité.

Oui

Non

A. **Si oui, avez-vous suivi un traitement médical pour votre (vos) blessure(s) physique(s) subie(s) au CCG entre septembre 1973 et juillet 1997? \***

Oui

Non

6. **Si vous étiez diagnostiqué avec une blessure physique admissible, veuillez décrire ci-dessous votre traitement médical lié à votre blessure physique? \***

<b>Blessure physique admissible</b>	<b>Traitement médical (Cochez tout ce qui s'applique)</b>
	<input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Hospitalisation et/ou chirurgie
	<input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Hospitalisation et/ou chirurgie
	<input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Hospitalisation et/ou chirurgie
	<input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Hospitalisation et/ou chirurgie

7. **Veillez fournir des preuves de toutes les blessures physiques allégé(e)s.**

- Les dossiers médicaux diagnostiquant et/ou documentant les traitements liés, en tout ou en partie, aux blessures physiques subis au CCG sont joint(s). \*

Veillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..



L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

**Sérvices sexuels**

**9. Déposez-vous une réclamation d'indemnisation pour des sérvices sexuels subis pendant votre séjour au CCG entre septembre 1973 et juillet 1997 ? \***

Oui  Non

**A. Si vous avez répondu "oui", veuillez utiliser les cases à cocher ci-dessous pour décrire les sérvices sexuels que vous avez subis pendant votre séjour au GCC entre septembre 1973 et juillet 1997. \*** Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

	Un incident	Incidents multiples
Baisers forcés et/ou nudité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attouchements sur les organes génitaux, des fesses et/ou de la poitrine <u>par</u> l'auteur de l'infraction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attouchements sur les organes génitaux, des fesses et/ou de la poitrine <u>de</u> l'auteur de l'infraction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viol/pénétration sexuelle (orale, anale ou vaginale).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Veuillez fournir une Déclaration d'impact. \***

- En cochant cette case, je jure ou j'affirme solennellement, sous peine de parjure, que la Déclaration d'impact de la réclamation pour Sérvices sexuels jointe au présent Formulaire de réclamation est vraie, correcte et complète, pour autant que je sache, que j'aie des informations et que je sois convaincu(e) de la véracité des faits. \*

En utilisant les lignes suivantes (ou dans une Déclaration d'impact séparée), veuillez décrire les blessures physiques que vous avez subis au CCG entre septembre 1973 et juillet 1997. Veuillez inclure les détails suivants concernant le(s) incident(s) allégué(s):

- la nature de l'incident ou des incidents
- période(s) de temps
- date(s) précise(s)
- le(s) lieu(x)
- les personnes impliquées
- les témoins (le cas échéant)
- les rapports établis (le cas échéant) et les personnes à qui ces rapports ont été adressés.

Veuillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..



L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

À moins que vous n'ayez mis en place un système de dépôt automatique des VFCs avec votre institution financière, vous devrez soumettre un mot de passe de sécurité lorsque vous accepterez votre VFC. Votre mot de passe de sécurité sera **le mois de naissance du Réclamant**. Veuillez le confirmer les informations ci-dessous :

---

**Courriel à recevoir le VFC\***

---

**Le mois de naissance du Réclamant\***

**SECTION VI: DÉCLARATION**

**TOUS LES RÉCLAMANTS DOIVENT COMPLÉTER LA SECTION V CI-DESSOUS**

En signant ci-dessous, je déclare, sous peine de parjure, que je suis un Membre du Groupe visé par le Règlement (ou le représentant d'un Membre du Groupe visé par le Règlement, comme indiqué dans la section II du présent Formulaire de réclamation) et que les informations déposées dans le présent Formulaire de réclamation sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. Je comprends que le présent Formulaire de réclamation et les pièces justificatives jointes peuvent faire l'objet d'un audit, d'une vérification et d'un examen par l'Administrateur des réclamations et/ou la Cour. Je comprends également que je ne recevrai aucun paiement si les informations contenues dans le présent Formulaire de réclamation ou les pièces justificatives jointes sont considérées ou jugées frauduleuses. J'accepte de participer au Règlement dans cette affaire.

Personnes signant ci-dessous au nom d'un Réclamant vivant : **En plus de la déclaration ci-dessus, je déclare par la présente que j'ai examiné le Formulaire de réclamation et toutes pièces justificatives avec le Réclamant et que l'information et ma représentation ont été approuvées.**

---

**Signature du Réclamant \***  
(Ou le représentant du Réclamant, le cas échéant)

---

**Date (jj/mm/aaaa) \***

---

**Signature de l'avocat du Réclamant**  
(le cas échéant)

---

**Date (jj/mm/aaaa) \***

Veuillez utiliser des pages supplémentaires, si nécessaire..

L'ACTION COLLECTIVE CCG  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

*L'Administrateur des réclamations gardera strictement confidentielle l'identité de tous les Membres du Groupe visé par le Règlement et toutes les informations concernant les réclamations et les conclusions faites par les Membres du Groupe visé par le Règlement.*

*Le cas échéant, l'Administrateur des réclamations contactera directement les Réclamants pour obtenir de plus amples informations.*

**LE RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE CCG  
LISTE DE RAPPEL**

Cette liste de contrôle vous aidera à vous assurer que votre réclamation est complète et qu'elle comprend toutes les pièces justificatives.

**Toute réclamation doit comprendre :**

- Un Formulaire de réclamation complet et signé.**
- Une copie d'une pièce d'identité valide avec photo émise par le gouvernement.**

**Le cas échéant, les réclamations doivent également inclure:**

- Les documents attestant l'autorité pour agir au nom du réclamant ou de la succession.**
- Des dossiers médicaux à l'appui de la ou des conditions psychologiques déclarées.**
- Dossiers médicaux prouvant le(s) traitement(s) médical(aux) réclamé(s) à la suite d'un(des) préjudice(s) physique(s).**
- Une déclaration d'impact pour chaque Groupe B : blessure psychologique grave, blessure physique ou sévices sexuel invoqué.**

*Si vous avez besoin d'aide pour déposer votre réclamation, n'hésitez pas à nous contacter :*

***L'Administrateur des réclamations***

***Les services d'actions collectives Epiq Canada.***

*Casier postal 507, SUCCURSALE B,  
Ottawa, Ontario, K1P 5P6*

*Courriel : [info@GCCSettlement.ca](mailto:info@GCCSettlement.ca)*

*Téléphone : 1-877-786-0546*

*Télécopie : 1-866-262-0816*

*Site web : [www.GCCSettlement.ca](http://www.GCCSettlement.ca)*

***Avocats du Groupe***

***McKenzie Lake Lawyers LLP***

*1800-140 rue Fullarton*

*London, ON N6A 5P2*

*Attention: Chanele Rioux-McCormick or Christina Noble*

*Courriel: [gcc@mckenzielake.com](mailto:gcc@mckenzielake.com)*

***Torkin Manes LLP***

*151 rue Yonge, Suite 1500*

*Toronto, ON M5C 2W7*

*Attention: Valerie Edwards*

*Courriel: [vedwards@torkinmanes.com](mailto:vedwards@torkinmanes.com)*

*T: (416) 863 1188*

***Haber & Associates Lawyers***

*3370 South Service Road, 2ième étage*

*Burlington, ON L7N 3M6*

*Attention: Christopher Haber*

*Courriel: [christopher@haberlawyers.com](mailto:christopher@haberlawyers.com)*

*T: (905) 639 8894*