

# FORMULAIRE D'OPPOSITION

Dossier de la Cour n° : T-143-18

## RECOURS COLLECTIF CERTIFIÉ PAR LA COUR FÉDÉRALE

Entre :

**ANN CECILE HARDY et CECIL HARDY**

Demandeurs

et

**LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA**

Défendeur

Introduit en vertu des *Règles des Cours fédérales*, DORS/98-106

### RECOURS COLLECTIF DES HOPITAUX FEDERAUX INDIENS<sup>1</sup>

**Le présent formulaire N'EST PAS un formulaire de réclamation.**

**Ne soumettez ce formulaire que si vous souhaitez vous opposer au règlement proposé ou aux frais juridiques des avocats des membres du groupe du recours collectif.**

**Lisez attentivement les instructions ci-dessous.**

Des questions? Rendez-vous sur [www.IHClassAction.ca/fr](http://www.IHClassAction.ca/fr),  
contactez [Info-IH@IHClassAction.ca](mailto:Info-IH@IHClassAction.ca) ou appelez le 1 888 592 9101.

#### **Instructions:**

Remplissez ce formulaire d'opposition UNIQUEMENT si vous souhaitez exprimer votre opposition au règlement proposé OU votre opposition au montant des frais juridiques demandés par les avocats des membres du groupe du recours collectif. Reportez-vous à l'avis détaillé ou visitez [www.IHClassAction.ca/fr](http://www.IHClassAction.ca/fr) si vous souhaitez en savoir plus sur le règlement proposé. Reportez-vous à l'avis détaillé ou visitez [www.IHClassAction.ca/fr](http://www.IHClassAction.ca/fr) si vous souhaitez en savoir plus sur les frais juridiques demandés par les avocats du groupe du recours collectif.

Dans les espaces prévus, expliquez pourquoi vous vous opposez au règlement proposé ou aux frais juridiques des avocats du groupe du recours collectif. Si vous avez besoin de plus de place, vous pouvez joindre des pages supplémentaires et les inclure dans votre formulaire d'opposition.

<sup>1</sup> Les documents de ce recours collectif utilisent certains mots maintenant reconnus comme inexacts, déplacés ou offensants. Ces propos s'inscrivent dans une période où les relations entre la Couronne et les autochtones n'étaient pas fondées sur la réconciliation. Ces mots ne sont utilisés que lorsque cela est nécessaire pour l'exactitude juridique ou lorsqu'ils se rapportent à des sources historiques.

Si vous souhaitez inclure d'autres documents, remplissez la case indiquant : «J'inclus des documents supplémentaires avec mon formulaire d'opposition». Assurez-vous d'inclure ces documents avec votre formulaire lorsque vous le soumettez.

Si vous souhaitez assister à l'audience où le tribunal décidera d'approuver ou non le règlement proposé et les frais juridiques demandés par les avocats du groupe du recours collectif, veuillez l'indiquer sur le formulaire d'opposition. Vous n'avez pas besoin d'assister à l'audience, sauf si vous le souhaitez. Une copie de votre formulaire sera fournie à la Cour, que vous décidiez ou non d'assister à l'audience.

Envoyez votre formulaire d'opposition dûment rempli par courrier ou par courriel à :

**Courrier :** Administrateur de l'avis concernant  
les hôpitaux fédéraux indiens  
410 – 229 12 Avenue SO, bâtiment C  
Calgary, Alberta T2R 0E9

**Courriel :** [Info-IH@IHClassAction.ca](mailto:Info-IH@IHClassAction.ca)

**Votre formulaire doit être envoyé d'ici le 23 mai 2025.**

**Mon nom est :** \_\_\_\_\_

J'ai été admis dans un hôpital fédéral indien pendant les «dates d'exploitation» de cet hôpital, comme indiqué sur la liste des hôpitaux fédéraux indiens **et** j'ai subi des actes de violence, y compris de la violence psychologique, verbale, physique et/ou sexuelle, alors que j'étais admis à l'hôpital fédéral indien («membre du groupe principal»).

**OU**

Je suis un membre de la famille d'une personne qui a été admise dans un hôpital fédéral indien pendant les «dates d'exploitation» de cet hôpital, comme indiqué sur la liste des hôpitaux fédéraux indiens **et** qui a subi des actes de violence, y compris de la violence psychologique, verbale, physique et/ou sexuelle, alors qu'elle était admise à l'hôpital fédéral indien («membre du groupe familial»).

La liste des hôpitaux fédéraux indiens se trouve à l'annexe D de l'accord de règlement, qui est disponible sur le site Web du recours collectif des hôpitaux fédéraux indiens : [www.IHClassAction.ca/fr](http://www.IHClassAction.ca/fr).

Je m'oppose à l'accord de règlement proposé ou aux frais juridiques demandés par les avocats du groupe du recours collectif, car (veuillez joindre des pages supplémentaires si vous avez besoin de plus d'espace) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Informations sur le(s) hôpital/aux fédéral/aux indien(s).**

Veillez fournir des informations sur le(s) hôpital/aux fédéral/aux indien(s) dans lequel/lesquels vous avez été admis. Si vous êtes un membre du groupe familial, veuillez fournir des informations sur le(s) hôpital/aux fédéral/aux indien(s) dans lequel/lesquels votre membre de la famille (un membre du groupe principal) a été admis :

---

Nom de l'hôpital fédéral indien

---

Réserve ou région

Province/Territoire

---

Année(s) de fréquentation (aaaa ou de aaaa à aaaa)



## Coordonnées

---

Mon nom

Mon adresse

---

Ville

Province/Territoire

Code postal

(      )

---

Numéro de téléphone

Adresse courriel

### Pièces justificatives

J'inclus des documents supplémentaires avec mon formulaire d'opposition.

### Intention de comparaître à l'audience (veuillez cocher la case appropriée) :

J'assisterai à l'audience d'approbation du règlement les 10 et 11 juin 2025, en personne, virtuellement, ou je serai représenté par un avocat.

Je N'ASSISTERAI PAS à l'audience d'approbation du règlement, et je comprends que mon opposition sera déposée devant la Cour avant l'audience des 10 et 11 juin 2025.

Vous n'avez PAS besoin d'un avocat pour vous opposer au règlement proposé ou pour vous opposer aux frais juridiques des avocats du groupe du recours collectif. Toutefois, si un avocat vous représente, veuillez fournir les renseignements suivants :

---

Prénom et nom de l'avocat

Cabinet de l'avocat

---

Adresse postale de l'avocat (rue, boîte postale, le cas échéant)

---

Ville

Province/Territoire

Code postal

---

Numéro de téléphone de l'avocat

Adresse courriel de l'avocat

Votre signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_