



## DEMANDE DE RECOUVREMENT D'ALIMENTS À L'ÉTRANGER

- Convention des Nations unies sur le recouvrement des aliments à l'étranger (New York, 1956)
- Convention interaméricaine sur les obligations alimentaires (Montevideo, 1989)
- Convention bilatérale

PAYS REQUIS		NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES INCLUS DANS LA DEMANDE	
-------------	--	---	--

IL EST DEMANDÉ	<input type="checkbox"/> D'introduire la demande de recouvrement des aliments auprès de l'État requis.
	<input type="checkbox"/> D'exécuter le jugement de recouvrement des aliments rendu dans l'État requis.
	<input type="checkbox"/> D'exécuter le jugement de recouvrement des aliments rendu dans l'État requérant ou dans un État tiers.

### I – RENSEIGNEMENTS DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE (S'il y a plusieurs bénéficiaires, veuillez indiquer leurs renseignements en Annexe II.)

BÉNÉFICIAIRE N° 1				
NOM	NOMS		PRÉNOMS	
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE		
NATIONALITÉ		SEXE	<input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ
RÉSIDENCE HABITUELLE	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE		
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO	
COURRIEL				
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	

**SI LE/LA BÉNÉFICIAIRE EST LE FILS/LA FILLE DU DÉBITEUR D'ALIMENTS,  
VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE CI-DESSOUS  
( NON APPLICABLE)**

**RENSEIGNEMENTS DU PÈRE DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE**

NOM	NOMS		PRÉNOMS
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE	
DOMICILE	PAYS	VILLE	ADRESSE
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE	
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO
COURRIEL			
NATIONALITÉ		PROFESSION	
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION

**RENSEIGNEMENTS DE LA MÈRE DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE**

NOM	NOMS		PRÉNOMS
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE	
DOMICILE	PAYS	VILLE	ADRESSE
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE	
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO
COURRIEL			
NATIONALITÉ		PROFESSION	
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION

## II - RENSEIGNEMENTS DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDERESSE

(Si la demande concerne plusieurs demandeurs, veuillez indiquer leurs renseignements en Annexe III.)

NOM	NOMS		PRÉNOMS	
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE		
NATIONALITÉ		SEXE	<input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ
DOMICILE	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE		
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO	
COURRIEL				
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
PROFESSION				
LIEN AVEC LE/LA BÉNÉFICIAIRE	<input type="checkbox"/> PÈRE / <input type="checkbox"/> MÈRE / <input type="checkbox"/> GRAND-PÈRE/GRAND-MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER) :			
LANGUES DE COMMUNICATION	<input type="checkbox"/> ESPAGNOL / <input type="checkbox"/> ANGLAIS / <input type="checkbox"/> FRANÇAIS / <input type="checkbox"/> PORTUGAIS / <input type="checkbox"/> ALLEMAND / <input type="checkbox"/> ITALIEN <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER) :			
DISPONIBILITÉ DE COMPARAÎTRE EN PERSONNE AUX AUDIENCES DANS L'ÉTAT REQUIS		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
DISPONIBILITÉ DE COMPARAÎTRE PAR VISIOCONFÉRENCE AUX AUDIENCES DANS L'ÉTAT REQUIS		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
DEMANDE D'AIDE JUDICIAIRE GRATUITE DANS L'ÉTAT REQUIS		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	

### RENSEIGNEMENTS DE VOTRE CONSEILLER/ÈRE JURIDIQUE PRIVÉ/E ( NON APPLICABLE)

NOM	NOMS		PRÉNOMS	
ADRESSE DE SON CABINET	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE		
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO	
COURRIEL (Obligatoire)				
PERSONNE À CONTACTER PAR L'AUTORITÉ CENTRALE	<input type="checkbox"/> CONSEILLER/ÈRE		<input type="checkbox"/> DEMANDEUR/DEMANDERESSE	

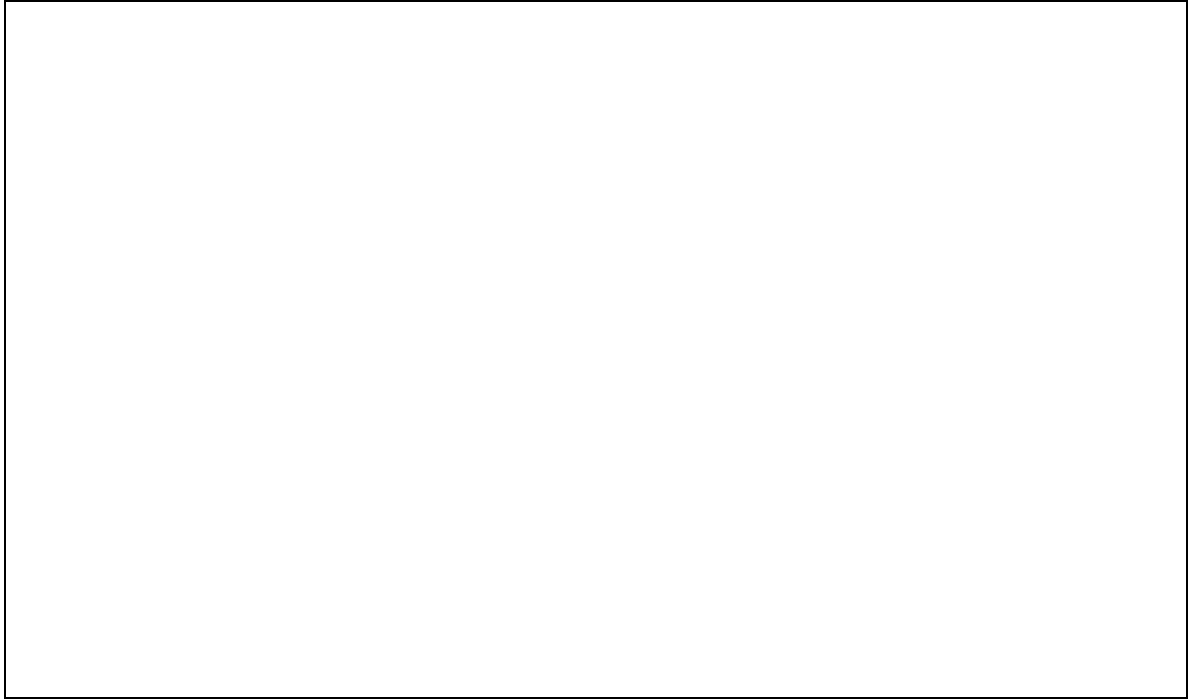
### III – DÉBITEUR D'ALIMENTS

(Si la demande concerne plusieurs débiteurs d'aliments, veuillez préciser leurs renseignements en Annexe IV.)

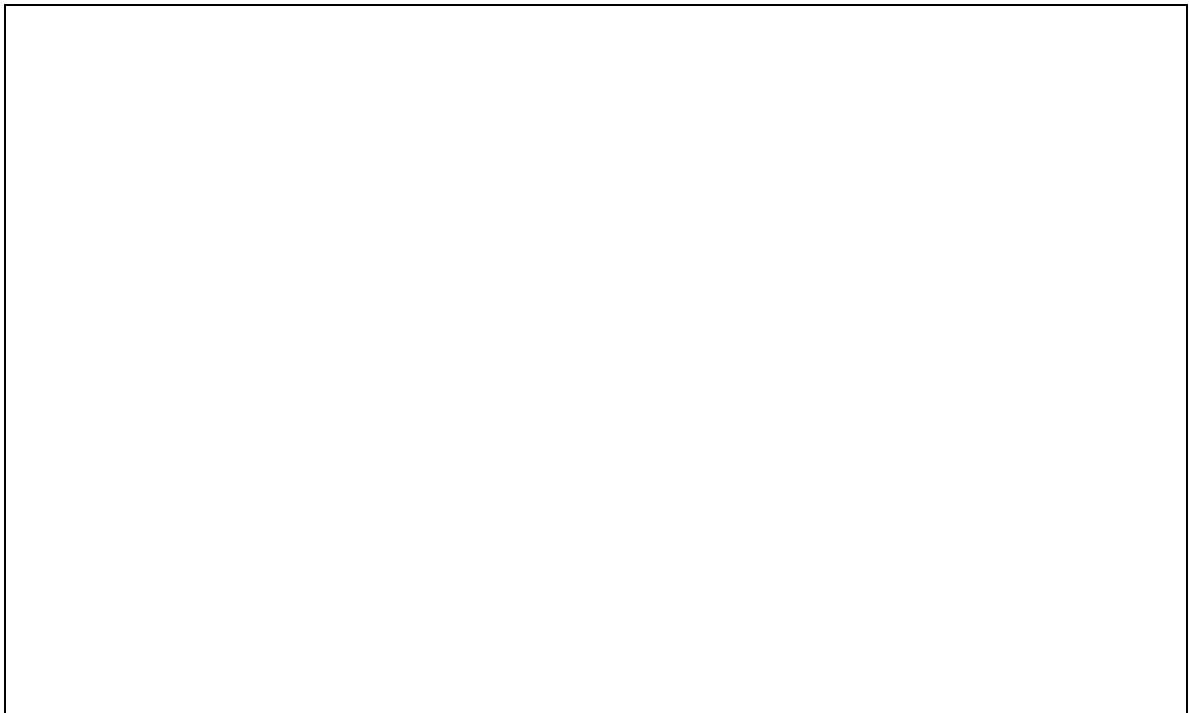
NOM	NOMS		PRÉNOMS	
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE		
NATIONALITÉ		SEXE	<input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ
DOMICILE PERSONNEL	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE		
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO	
COURRIEL PERSONNEL				
DÉNOMINATION DU TRAVAIL				
ADRESSE PROFESSIONNELLE	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL		COURRIEL PROFESSIONNEL		
CODE PAYS	NUMÉRO			
AUTRES RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS				
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
PROFESSION				
LIEN AVEC LE/LA BÉNÉFICIAIRE	<input type="checkbox"/> PÈRE / <input type="checkbox"/> MÈRE / <input type="checkbox"/> GRAND-PÈRE/GRAND-MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER):			
LANGUES DE COMMUNICATION	<input type="checkbox"/> ESPAGNOL / <input type="checkbox"/> ANGLAIS / <input type="checkbox"/> FRANÇAIS / <input type="checkbox"/> PORTUGAIS / <input type="checkbox"/> ALLEMAND / <input type="checkbox"/> ITALIEN <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER) :			
DESCRIPTION	TAILLE	POIDS	COULEUR DES YEUX	COULEUR DES CHEVEUX
	AUTRES			
AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR LE RETROUVER				

**IV – EXPOSÉ DES ARGUMENTS SUR LESQUELS SE FONDE LA PRÉTENTION**

**V – SITUATION ÉCONOMIQUE ET FAMILIALE DU DEMANDEUR / DE LA DEMANDERESSE**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide details about the economic and family situation of the applicant or the applicant's spouse.

**VI – SITUATION ÉCONOMIQUE ET FAMILIALE DU/DES DÉBITEUR/S D'ALIMENTS (SI ELLE EST CONNUE)**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide details about the economic and family situation of the debtor(s) of alimony, if known.

**VII- LE DEMANDEUR A-T-IL DÉJÀ REÇU DE L'ARGENT À TITRE DE PENSION ALIMENTAIRE DE LA PART  
DU DÉBITEUR D'ALIMENTS?  OUI  NON**

Si oui, en indiquer le montant et la période couverte par le montant reçu.

**VIII – LIQUIDATION DE DETTE DES ARRIÉRÉS D'ALIMENTS**

(Détail de la dette, avec précision mois par mois du montant fixé par les tribunaux, du montant payé par le débiteur et du solde dû.)

## IX - MONTANT DE LA PENSION ALIMENTAIRE MENSUELLE RÉCLAMÉE

PESOS URUGUAYENS	DOLLARS AMÉRICAINS	EUROS
UYU	USD	EUR (€)

## X – PROCÉDURES JUDICIAIRES EN COURS

<b>EN MATIÈRE CIVILE</b>	<b>EN URUGUAY</b>	Tribunal	
		Identification unique des dossiers (IUE)	
		Détail	
	<b>AILLEURS</b>	Pays	
		Tribunal	
		N° de dossier	
		Détail	
	<input type="checkbox"/> <b>AUCUNE</b> procédure judiciaire civile n'a précédemment été engagée concernant le/s bénéficiaire/s de la présente demande.		

## XI - MÉDIATION

<b>MÉDIATION</b>	<input type="checkbox"/> Il est demandé à l'institution intermédiaire de l'État requis, si cela était possible en application de sa législation, de contacter la personne identifiée au numéro III (et le cas échéant, en Annexe III, en cas de plusieurs débiteurs d'aliments) afin d'obtenir un arrangement entre les parties en vue du recouvrement des aliments.
	<input type="checkbox"/> Il est demandé au tribunal de prononcer le règlement de la pension alimentaire, et ce, <b>SANS solliciter la médiation administrative préalable</b> par l'institution intermédiaire de l'État requis.



## XII – COMPTE SUR LEQUEL DOIVENT ÊTRE RÉGLÉS LES ALIMENTS

Indiquer le compte bancaire, son code SWIFT ou les données relatives aux virements postaux.

## XIII – PIÈCES JOINTES

- Dispositions pertinentes du Code civil de l'Uruguay.
- Dispositions pertinentes du Code de l'enfance et de l'adolescence de l'Uruguay.
- Photo/s du/des bénéficiaire/s.
- Photo du demandeur/de la demanderesse.
- Photo du/des débiteur/s d'aliments.
- Acte de naissance du/des bénéficiaire/s enfant/s du débiteur d'aliments, légalisé ou apostillé, selon le cas **(obligatoire)**.
- Acte de mariage des parents du/des bénéficiaire/s enfant/s du débiteur d'aliments, légalisé ou apostillé, selon le cas.
- Acte de mariage entre le demandeur et le débiteur d'aliments, légalisé ou apostillé, selon le cas.
- Jugement en divorce entre le demandeur et le débiteur d'aliments, légalisé ou apostillé, selon le cas.
- Ordre judiciaire en vigueur, légalisé ou apostillé, selon le cas.
- Accord juridiquement contraignant.
- Justificatifs attestant la résidence habituelle du/des bénéficiaire/s en Uruguay **(obligatoire)**.
  - Attestation d'études.
  - Certificat médical.
  - Attestation relative aux mouvements migratoires du/des bénéficiaire/s.
  - Autres (préciser):
- Si le/la bénéficiaire est âgé/e de plus de 18 ans, attestation de scolarité.
- Formulaire d'aide judiciaire gratuite.
- Acte de procuration spéciale.
- Autres (préciser):

## XI – RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

--

<p><b>SIGNATURE DU DEMANDEUR</b></p>   <p>_____</p> <p>Clarification en caractères d'imprimerie : Carte d'identité :</p>	<p><b>LIEU ET DATE</b></p> <p>Montevideo, le</p>
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Signature</p> <p style="text-align: center;"><b>AUTORITÉ CENTRALE DE COOPÉRATION JURIDIQUE INTERNATIONALE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE LA CULTURE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>RÉPUBLIQUE ORIENTALE DE L'URUGUAY</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>AUTORITÉ CENTRALE DE COOPÉRATION JURIDIQUE INTERNATIONALE</b></p> <p><b>ADRESSE</b> Reconquista 535, <u>Piso 5°</u> C.P. 11000 MONTEVIDEO – URUGUAY</p> <p><b>TÉLÉPHONE</b> TÉL./FAX (598) 2915 8836 TÉL./FAX (598) 2915 9780</p> <p><b>COURRIEL</b> : <a href="mailto:menores@mec.gub.uy">menores@mec.gub.uy</a></p> <p><b>Dr. Daniel Trecca</b> (Directeur)</p> <p><b>Dra. María José Rodríguez</b> (Conseillère juridique)</p> <p><b>Dr. Manuel Ferreira</b> (Conseiller juridique)</p>

La présente demande doit être signée par-devant l'Autorité centrale de l'Uruguay ou à défaut, être revêtue d'une signature certifiée par un notaire assermenté. Le présent formulaire ainsi que ses pièces jointes doivent être traduits dans la langue de l'État du domicile du débiteur d'aliments.

ANNEXE I

PROCURATION

Je soussigné/e, M./ Mme \_\_\_\_\_ , de nationalité \_\_\_\_\_ ,  
profession : \_\_\_\_\_ , demeurant à \_\_\_\_\_ ,  
agissant conformément aux dispositions de l'art. 3 de la Convention sur le recouvrement des aliments à  
l'étranger souscrite le 20 juin 1956 à New York, **CONSTITUE PAR CES PRÉSENTES** pour mon mandataire  
l'**institution intermédiaire de** \_\_\_\_\_ ou la personne par elle désignée  
afin que soient accomplis tous les actes administratifs et/ou judiciaires nécessaires en vue de recouvrer des  
aliments et/ou de reconnaître et/ou d'exécuter toute décision en matière d'aliments en faveur de  
\_\_\_\_\_ et d'obtenir leur recouvrement effectif, y compris la  
possibilité de parvenir à un arrangement transactionnel avec le défendeur.

La présente procuration confère des facultés de représentation et de négociation, mais toute  
décision extrajudiciaire différente des conditions prévues dans la demande ci-jointe exige le consentement  
exprès du/de la constituant/e.

Fait à \_\_\_\_\_ le / /

SIGNATURE DU/DE LA CONSTITUANT/E : \_\_\_\_\_

CERTIFIÉ PAR : \_\_\_\_\_

Clarification en caractères d'imprimerie :

Clarification en caractères d'imprimerie :

(Cet acte doit être signé auprès de l'Autorité centrale de l'Uruguay ou être revêtu d'une signature certifiée par un  
notaire assermenté.)

**ANNEXE II**  
**AUTRES BÉNÉFICIAIRES**

<b>BÉNÉFICIAIRE N° 1</b>				
<b>NOM</b>	<b>NOMS</b>		<b>PRÉNOMS</b>	
<b>DATE DE NAISSANCE</b>		<b>PAYS DE NAISSANCE</b>		
<b>NATIONALITÉ</b>		<b>SEXE</b>	<input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ
<b>RÉSIDENCE HABITUELLE</b>	<b>PAYS</b>	<b>VILLE</b>	<b>ADRESSE</b>	
<b>TÉLÉPHONE PORTABLE</b>		<b>TÉLÉPHONE FIXE</b>		
<b>CODE PAYS</b>	<b>NUMÉRO</b>	<b>CODE PAYS</b>	<b>NUMÉRO</b>	
<b>COURRIEL</b>				
<b>PASSEPORT</b>	<b>PAYS D'ÉMISSION</b>	<b>NUMÉRO</b>	<b>DATE D'EXPIRATION</b>	
<b>CARTE D'IDENTITÉ</b>	<b>PAYS D'ÉMISSION</b>	<b>NUMÉRO</b>	<b>DATE D'EXPIRATION</b>	

SI LE/LA BÉNÉFICIAIRE EST LE FILS/ LA FILLE DU DÉBITEUR D'ALIMENTS, VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE CI-DESSOUS :

(  NON APPLICABLE )

**RENSEIGNEMENTS DU PÈRE DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE**

NOM	NOMS		PRÉNOMS	
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE		
DOMICILE	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE			TÉLÉPHONE FIXE	
CODE PAYS	NUMÉRO		CODE PAYS	NUMÉRO
COURRIEL				
NATIONALITÉ		PROFESSION		
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	

**RENSEIGNEMENTS DE LA MÈRE DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE**

NOM	NOMS		PRÉNOMS	
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE		
DOMICILE	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE			TÉLÉPHONE FIXE	
CODE PAYS	NUMÉRO		CODE PAYS	NUMÉRO
COURRIEL				
NATIONALITÉ		PROFESSION		
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	

## ANNEXE III

## AUTRES DEMANDEURS

NOM	NOMS		PRÉNOMS	
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE		
NATIONALITÉ		SEXE	<input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ
DOMICILE	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE		
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO	
COURRIEL				
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
PROFESSION				
LIEN AVEC LE/LA BÉNÉFICIAIRE	<input type="checkbox"/> PÈRE / <input type="checkbox"/> MÈRE / <input type="checkbox"/> GRAND-PÈRE/GRAND-MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER) :			
LANGUES DE COMMUNICATION	<input type="checkbox"/> ESPAGNOL / <input type="checkbox"/> ANGLAIS / <input type="checkbox"/> FRANÇAIS / <input type="checkbox"/> PORTUGAIS / <input type="checkbox"/> ALLEMAND / <input type="checkbox"/> ITALIEN <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER) :			
DISPONIBILITÉ DE COMPARAÎTRE EN PERSONNE AUX AUDIENCES DANS L'ÉTAT REQUIS		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
DISPONIBILITÉ DE COMPARAÎTRE PAR VISIOCONFÉRENCE AUX AUDIENCES S DANS L'ÉTAT REQUIS		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
DEMANDE D'AIDE JURIDIQUE GRATUITE DANS L'ÉTAT REQUIS		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	

RENSEIGNEMENTS DE VOTRE CONSEILLER/ÈRE JURIDIQUE PRIVÉ/E ( NON APPLICABLE)

NOM	NOMS		PRÉNOMS	
ADRESSE DE VOTRE CABINET	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE		
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO	
COURRIEL (Obligatoire)				
PERSONNE À CONTACTER PAR L'AUTORITÉ CENTRALE	<input type="checkbox"/> CONSEILLER/ÈRE		<input type="checkbox"/> DEMANDEUR/DEMANDERESSE	

**ANNEXE IV**  
**AUTRES DÉBITEURS D'ALIMENTS**

NOM	NOMS		PRÉNOMS	
DATE DE NAISSANCE		PAYS DE NAISSANCE		
NATIONALITÉ		SEXE	<input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ
DOMICILE PERSONNEL	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PORTABLE		TÉLÉPHONE FIXE		
CODE PAYS	NUMÉRO	CODE PAYS	NUMÉRO	
COURRIEL PERSONNEL				
DÉNOMINATION DU TRAVAIL				
ADRESSE PROFESSIONNELLE	PAYS	VILLE	ADRESSE	
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL		COURRIEL PROFESSIONNEL		
CODE PAYS	NUMÉRO			
AUTRES RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS				
PASSEPORT	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
CARTE D'IDENTITÉ	PAYS D'ÉMISSION	NUMÉRO	DATE D'EXPIRATION	
PROFESSION				
LIEN AVEC LE/LA BÉNÉFICIAIRE	<input type="checkbox"/> PÈRE / <input type="checkbox"/> MÈRE / <input type="checkbox"/> GRAND-PÈRE/GRAND-MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER):			
LANGUES DE COMMUNICATION	<input type="checkbox"/> ESPAGNOL / <input type="checkbox"/> ANGLAIS / <input type="checkbox"/> FRANÇAIS / <input type="checkbox"/> PORTUGAIS / <input type="checkbox"/> ALLEMAND / <input type="checkbox"/> ITALIEN <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISER) :			
DESCRIPTION	TAILLE	POIDS	COULEUR DES YEUX	COULEUR DES CHEVEUX
	AUTRES			
AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR LE RETROUVER				