

## AUDITION DES MINEURS

ENFANT CONCERNE :

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

ENFANT CONCERNE :

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

ENFANT CONCERNE :

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

PROCEDURE ATTACHEE :

Type ou n° CAB :  
N° Ordre :  
Date de convocation :

COORDONNEES Mme :

Nom : Prénom :  
Adresse :  
Tél. :  
Nom/Avocat(s) :

COORDONNEES Mr :

Nom : Prénom :  
Adresse :  
Tél. :  
Nom/Avocat(s) :

DEMANDEUR :

Mr, Mme ,Me :  
Le : Signature :

Imprimé à transmettre par courrier à l'ORDRE des AVOCATS – Service des Commissions d'Offices Mineurs  
ou par FAX suivi d'un appel téléphonique pour les URGENCES – Tél. : 02.51.88.93.88 – FAX. : 02.51.88.93.92  
E-mail : [accueilpalais@barreaunantes.fr](mailto:accueilpalais@barreaunantes.fr)

Suite à votre demande, l'Ordre des Avocats a désigné :

**Maître**

**Tél.**

**CP**

(Il vous appartient de le contacter au plus vite afin de fixer un R.V.)