

## Audition des mineurs

JAF

assistante éducative

**Demandeur** M., Mme, Maître : ..... Case Palais : .....

**Enfant concerné** Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**Enfant concerné** Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**Enfant concerné** Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**Procédure attachée** Cabinet :  
R.G. :  
Date : ..... Heure de convocation : .....

**Coordonnées Parent 1** Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél : .....  
Nom avocat : .....

**Coordonnées Parent 2** Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél : .....  
Nom avocat : .....

Imprimé à transmettre par email à l'Ordre des Avocats  
Service des Commissions d'office mineurs :

**Email** : [acesaudroit@barreaunantes.fr](mailto:acesaudroit@barreaunantes.fr) - **Tél** : 02 40 20 99 85

**Suite à votre demande, l'Ordre des avocats a désigné le :**

Maître : ..... Tél : ..... CP : .....  
Adresse : .....

*(Il vous appartient de le contacter au plus vite afin de fixer un rendez-vous.)*

