

**Recours collectif concernant la discrimination et le harcèlement  
fondés sur la race au sein des Forces armées canadiennes**

**FORMULAIRE D'EXCLUSION**

**DATE LIMITE POUR EXCLUSION: 10 avril 2025**

À: Administrateur du règlement du recours collectif concernant la discrimination et le harcèlement fondés sur la race au sein des Forces armées canadiennes

Adresse: a/s Deloitte  
PO Box 7394 STN ADELAIDE  
Toronto, ON M5C 0B8

Fax: 416-366-1102

Adresse courriel: [cafrd@deloitte.ca](mailto:cafrd@deloitte.ca)

VEUILLEZ PRENDRE NOTE: Ceci ne s'agit PAS d'un formulaire de réclamation. En complétant ce FORMULAIRE D'EXCLUSION, vous NE SEREZ PAS en mesure de recevoir un paiement selon les termes de ce règlement ou de tout autre jugement subséquent découlant de ce recours collectif concernant la discrimination et le harcèlement fondés sur la race au sein des Forces armées canadiennes.

**SI VOUS DÉSIREZ PARTICIPER À CE RECOURS COLLECTIF ET ÊTRE ADMISSIBLE À UN PAIEMENT EN VERTU DU RÈGLEMENT, NE REMPLISSEZ PAS CE FORMULAIRE.** Si vous désirez participer au Règlement, des détails additionnels seront fournis lorsque la période de réclamation aura débuté. Pour l'instant, nous anticipons que la période de réclamation débute en avril 2025 mais pourrait être retardée dépendant des circonstances.

**SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC L'ADMINISTRATEUR À :**

Administrateur du règlement du recours collectif concernant la discrimination et le harcèlement fondés sur la race au sein des Forces armées canadiennes

Adresse: a/s Deloitte  
PO Box 7394 STN ADELAIDE  
Toronto, ON M5C 0B8

Adresse courriel: [cafrd@deloitte.ca](mailto:cafrd@deloitte.ca)

Vous pouvez aussi composer le numéro sans frais suivant: 1-844-720-0499

**SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS AU SUJET DE VOS DROITS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC L'AVOCAT DU GROUPE:**

Stewart McKelvey Courriel: [forces.class.action@stewartmckelvey.com](mailto:forces.class.action@stewartmckelvey.com)  
600-1741 Lower Water Street Téléphone: (902) 420-3322  
PO Box 997 Site web: [www.forcesaction.com](http://www.forcesaction.com)  
Halifax, NS B3J 2X2

Vous devez compléter le formulaire ci-dessous en cochant les boîtes ci-dessous (à l'exception de la section « Motifs », qui est optionnelle)

<p>Je suis un membre actuel des Forces armées canadiennes:</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Je suis un ancien membre des Forces armées canadiennes:</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>J'ai vécu de la discrimination raciale et/ou du harcèlement racial dans le cadre de mon service militaire:</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<p>Je comprends qu'il existe un règlement du recours collectif qui pourrait fournir un paiement allant jusqu'à 35 000\$ aux membres admissibles, tout dépendant des circonstances. La Cour fédérale a approuvé ce règlement comme étant juste et raisonnable aux membres du groupe, et je pourrais être admissible pour un paiement en vertu de ce règlement, tout dépendant de mes circonstances.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Je comprends qu'en m'excluant du recours collectif, je confirme que je <b>NE DÉSIRES PAS</b> participer au recours collectif, ce qui signifie que je <b>NE SERAI PAS</b> admissible pour recevoir un paiement en vertu du règlement et que je n'obtiendrai pas d'autres bénéfices de ce recours collectif.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Je comprends qu'en m'excluant du recours collectif, je suis pleinement responsable de prendre toute mesure juridique afin de protéger toute réclamation que je pourrais avoir, y compris le respect de toute prescription qui pourrait s'appliquer. Si je choisis d'intenter une action, je serai responsable de tous les frais (notamment les frais juridiques et le risque que d'autres frais me soient exigés)</p>

Nom complet:		Date:	
Nom(s) utilisé(s) précédemment:		Numéro de matricule, numéro d'identification militaire, CIDP ou autre identifiant lié à l'emploi:	
Signature:		Adresse courriel:	
Adresse:		Numéro de téléphone:	

<b>Optionnel – Motifs d'exclusion</b>	
<input type="checkbox"/>	Je ne désire pas être membre du groupe
<input type="checkbox"/>	Je compte tenter mon propre recours contre les FAC et/ou contre les individus qui m'ont discriminé ou harcelé
<input type="checkbox"/>	Autre motif (veuillez fournir des détails)