



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

**TRIBUNAL DE PREMIERE INSTANCE DE NOUMEA**

rue de Metz -BP F4  
98848 NOUMEA CEDEX  
Tél : 27.93.50  
courriel : aj.ca-noumea@justice.fr

**DEMANDE D'AIDE JURIDICTIONNELLE**

**VOUS :**

Madame  Monsieur

Nom :

Prénoms :

Nom d'usage :

Date et lieu de naissance :  /  /  à

Situation familiale :  célibataire  marié (e)  concubinage  pacsé (e)  
 veuf (ve)  divorcé (e)  séparé (e)

Nationalité :  Française  Autre

Adresse :

Boîte postale :

Code postal

Commune:

Adresse électronique : @

Numéro de téléphone:

Profession ou situation actuelle :

Si vous êtes sous tutelle, nom et prénom de votre représentant légal :

## Jurisdiction saisie :

---

Vous êtes convoquez devant :

- |                          |   |    |                      |                      |                      |
|--------------------------|---|----|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Le juge d'instruction   | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Le Juge des Libertés et de la Détention                                 | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Le Tribunal Correctionnel   | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Le juge des Enfants   | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Le Tribunal pour Enfants  | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Le Tribunal Simple de Police  | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | OMP Officier du Ministère Public  | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Le Juge de l'Application des Peines                                     | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Le Médiateur/Délégué du Procureur<br>(médiation/composition pénale)     | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | La C.R.P.C.(Comparution sur<br>Reconnaissance Préalable de Culpabilité) | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | La Chambre de l'instruction   | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | La Chambre des Appels Correctionnels                                    | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | La Cour d'Assises   | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | La Cour d'Assises d'Appel   | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Autres  | Le | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## Désignation de l'avocat :

---

- Vous demandez la désignation d'un avocat, n'en n'ayant pas choisi vous même.
- Vous avez choisi Maître  qui déclare accepter (\*)
- Vous avez déjà un avocat qui s'occupe de votre affaire , il s'agit de Maître   
qui accepte de vous représenter au titre de l'aide juridictionnelle (\*)

Je soussigné (e)

déclare sur l'honneur que la présente déclaration est complète et exacte.

Fait à , le

Signature

(\*) Signature et cachet de l'avocat obligatoire.

*La loi 79-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Bureau de l'Aide Juridictionnelle. Toute déclaration fautive ou inexacte est susceptible d'entraîner des poursuites pénales. Toutes déclarations non justifiées par votre déclaration d'impôts ou par la pièce justificative nécessaire entraînent un retard dans le traitement de votre dossier.*

**Déclaration de ressources :**

---

**I - PERSONNES A CHARGE :**

**A - Enfant (s) mineur (s)**

Nom	Prénom (s)	Date de naissance (âge)

**B - Enfant (s) majeur (s) à charge jusqu'à 25 ans s'il poursuit des études ou est handicapé (à justifier)**

Nom	Prénom (s)	Date de naissance (âge)

**C – Ascendants (père, mère, grand-parents) dont les ressources ne sont pas supérieures au montant des prestations touchées au titre de l'aide aux personnes âgées (CAFAT)**

Nom	Prénom (s)	Activité

## II.- VOS RESSOURCES ET CELLES DES PERSONNES A CHARGE

	Vous	Conjoint(e) concubin (e) ou partenaire de PACS	Personnes à charge
Salaire mensuel			
Allocations familiales			
Allocations chômage			
Autres allocations ou aides			
Pensions, retraites, rentes			
Revenus professionnels :			
* commerciaux			
* artisanaux			
* libéraux			
* agricoles			
Revenus financiers			
Revenus immobilières			
<b>TOTAL</b>			

### III- VOTRE TRAIN DE VIE :

Êtes vous propriétaire de votre habitation ? :      - oui                      - non

Êtes vous locataire ?                                      - oui                      - non

Si oui montant du loyer :

Je soussigné (e) déclare sur l'honneur que la présente déclaration est complète et exacte.

Fait à : , le  /  /

Signature