

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. **Formulaire type pour consultation uniquement. Le format bilingue des formulaires a pour objet de vous faciliter la tâche, mais il faudra remplir et déposer les formulaires en anglais auprès du tribunal.**



CIRCUIT COURT FOR _____, MARYLAND
TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE _____, MARYLAND

City/County
Ville/Comté

Located at _____ Case No. _____
Situé au _____ N° de l'affaire _____

Court Address
Adresse du tribunal

STATE OF MARYLAND
ÉTAT DU MARYLAND
OR
OU

Appellant/Applicant
Appelant/Demandeur

vs.
c.

Appellee/Respondent
Intimé/partie intimée

Address
Adresse

Address
Adresse

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone
Téléphone

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone
Téléphone

E-mail
E-mail

E-mail
E-mail

APPLICATION FOR LEAVE TO APPEAL
DEMANDE D'AUTORISATION DE FAIRE APPEL
(Md. Rule 8-204)
(Règle 8-204 du Md.)

_____, applies for leave to appeal from the judgment or order
entered in this case on _____
Appellant's /Applicant's name
Date

_____, demande l'autorisation de faire appel du jugement ou de l'ordonnance
rendu(e) pour cette affaire le _____
Nom de l'appelant / du demandeur
Date

ALLEGATIONS OF ERROR
ALLÉGATIONS D'ERREUR

Give a brief but complete statement of the reasons why the judgment or order should be reversed or modified and specify the errors that you claim the circuit court committed. Include facts to support your claims(s).

Veillez fournir une déclaration brève mais complète des raisons pour lesquelles le jugement ou l'ordonnance doit être annulé(e) ou modifié(e) et préciser les erreurs que vous jugez commises par le tribunal de première instance. Veuillez inclure des faits afin de soutenir votre plainte.

include additional pages if needed
Veillez joindre des pages supplémentaires si nécessaire

Date
Date

Signature of Appealing Party/Attorney
Signature de la Partie faisant appel / Avocat

Attorney Number
Numéro de l'avocat

Address
Adresse

Printed Name
Nom en caractères d'imprimerie

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

E-mail
E-mail

Telephone
Téléphone

Fax
Télécopie

CERTIFICATE OF SERVICE
CERTIFICAT DE SIGNIFICATION

I certify that I served a copy of this document upon the following party or parties by electronic filing hand delivery mailing first-class mail, postage prepaid on _____ to:
Date

Je certifie avoir signifié une copie de ce document à la partie ou aux parties suivantes par dépôt électronique en mains propres par envoi d'un courrier de première classe et affranchi, le _____ à :
Date

Attorney General of Maryland
Criminal Appeals Division, 200 St. Paul Place
Baltimore MD 21202 or
Avocat général du Maryland
Division des appels en matière pénale, 200 St. Paul Place
Baltimore MD 21202 ou

Name
Nom

Address
Adresse

Name
Nom

Address
Adresse

Date
Date

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Signature of Party Serving
Signature de la partie qui signifie