

## INSCRIPTION DU DEMANDEUR EN ADOPTION

(À l'usage du bureau seulement) Date du premier contact	à faire parapher par le travailleur social
--	---

### SECTION A

	DEMANDEUSE	DEMANDEUR
NOM DE FAMILLE		
PRÉNOM		
NOM DE JEUNE FILLE		
DATE DE NAISSANCE		
LIEU DE NAISSANCE		
LANGUE PARLÉE		
RACE		
RELIGION		
<u>ADRESSE À DOMICILE</u>		
<hr/> <hr/>		
TÉLÉPHONE (DOMICILE)	(506)	(506)
	(506)	(506)
ÉTAT CIVIL	<input type="checkbox"/> Marié(e)    Date du mariage actuel (le cas échéant) _____ <input type="checkbox"/> Non marié(e)    Lieu du mariage _____	
<u>ADRESSE POSTALE</u> (si elle diffère de l'adresse à domicile)		
<hr/> <hr/>		

ENFANTS ACTUELS ISSUS DU MARIAGE OU DE LA RELATION			
NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	ANNÉE SCOLAIRE	ADOPTÉ – OÙ ET QUAND

AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE :

NOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LES DEMANDEURS**

DEMANDEUSE	DEMANDEUR
Avez-vous déjà été déclarée coupable d'une infraction criminelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ou avez-vous déjà été inculpée d'infraction criminelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Ou avez-vous déjà été inculpé d'infraction criminelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>On vérifiera ce qui précède auprès des autorités compétentes. Il convient de remarquer que le fait d'avoir un casier judiciaire n'empêchera pas nécessairement qu'on étudie la présente demande.</b>	
Avez-vous déjà fait l'objet d'une inscription aux Services de protection? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà fait l'objet d'une inscription aux Services de protection? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été hospitalisée ou avez-vous reçu un traitement pour un problème de santé mentale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dates :	Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous reçu un traitement pour un problème de santé mentale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dates :
Avez-vous déjà reçu du counseling individuel ou familial? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dates : Lieu :	Avez-vous déjà reçu du counseling individuel ou familial? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dates : Lieu :
Avez-vous déjà eu auparavant des contacts avec cet organisme, avec un autre organisme d'adoption ou avec le ministère des Services familiaux et communautaires? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu auparavant des contacts avec cet organisme, avec un autre organisme d'adoption ou avec le ministère de la Santé et des Services communautaires? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Veillez préciser le genre de contacts :	Veillez préciser le genre de contacts :

REMARQUE : Si vous avez reçu l'un des services susmentionnés, il vous faudra signer la formule pertinente de consentement à la divulgation de renseignements. Une vérification du casier judiciaire est requise.

## SECTION B

### PRÉFÉRENCE CONCERNANT LE PLACEMENT

Indiquez votre préférence en cochant la case appropriée

	Préfererait	Pourrait accepter	Ne pourrait pas accepter
Âge (de 0 à 2 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 2 ans (indiquer l'âge maximum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Origine raciale ou ethnique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autochtone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratrie (frères et soeurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants qui gardent un accès à un ou à des membres de leur famille biologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant ayant des besoins spéciaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### POURRIEZ-VOUS ACCEPTER CE QUI SUIT DANS LES ANTÉCÉDENTS D'UN ENFANT?

	OUI	NON		OUI	NON
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abus d'intoxicants/drogues douces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séropositivité ou SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogues dures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Cocaïne/crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficiência mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Abus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renseignements limités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			• Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			• Suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### POURRIEZ-VOUS ACCEPTER L'ÉVENTUALITÉ D'UN ENFANT QUI PUISSE AVOIR CE QUI SUIT?

	OUI	NON	PEUT-ÊTRE
• Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Syndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Déficiencia intellectuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Retards de développement/élève lent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Allergies/asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Paraplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Surdit� partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Cécit� partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Bec de lièvre/fente palatine/pied bot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Infirmité motrice cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Prématurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Prématurité avec complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Troubles du comportement (vol, accès de colère, agressivité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Troubles affectifs (repli sur soi, hyperactivité, rejet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• EAF/SAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	OUI	NON	PEUT-ÊTRE
Enfant ayant subi des mauvais traitements :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Sévices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Atteintes sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Négligence (soins inadéquats/abandon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Carence (arrêt du développement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfant conçu par suite de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Viol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Inceste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---

**REMARQUE : Aujourd'hui, bien des enfants disponibles en vue de l'adoption ont des besoins spéciaux. On a tout particulièrement besoin de parents adoptifs pour la catégorie suivante d'enfants :**

- a) enfants de tous âges qui ont un handicap émotionnel, physique, mental ou médical;
- b) enfants d'une même famille placés ensemble; groupes de 2, 3, 4 ou plus;
- c) enfants d'âge scolaire ayant ou non des problèmes importants;
- d) enfants qui ne sont pas de race blanche à faire adopter par des couples noirs, autochtones ou métis.

\* On ne dispose pas toujours facilement de foyers d'adoption pour ces enfants dans la région où ils sont nés.

Seriez-vous disposé à accepter un ou des enfants du Nouveau-Brunswick « ayant des besoins spéciaux »?

Oui  Non

Si vous désirez obtenir des renseignements précis, contactez le travailleur social du Service d'adoption chargé de votre cas.

**Pendant la période d'attente qui précède l'évaluation, les parents adoptifs éventuels sont tenus d'aviser l'organisme d'adoption de tout changement important de leur situation (à savoir divorce, décès, déménagement, etc.).**

---

Signature de la demandeuse

---

Date

---

Signature du demandeur

---

Date

---