

DEMANDE EN ADOPTION

Veillez remplir toutes les sections de cette demande qui vous concernent. Ces renseignements seront traités de façon strictement confidentielle.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
Nom et prénom du demandeur en adoption	M./ M ^{me} M./ M^{me}
Adresse du domicile	
Adresse postale <i>(si différente de ci-dessus)</i>	
Indications pour se rendre au domicile, si nécessaire	
Décrivez votre domicile (c'est-à-dire maison, appartement, nombre de pièces, salle de jeux, proximité d'une école et d'une aire de loisirs)	
Numéro de téléphone du domicile	(506) adresse courriel (facultatif)
Numéro de téléphone au travail	M./ M ^{me} (506) M./ M^{me} (506)

DEMANDEUR(SE) #1		DEMANDEUR(SE) #2	
Prénom	Nom de famille	Prénom	Nom de famille
Date de naissance	Lieu de naissance	Date de naissance	Lieu de naissance
Citoyenneté	Numéro d'ass. soc.	Citoyenneté	Numéro d'ass. soc.
Numéro d'ass.-maladie	État de santé	Numéro d'ass.-maladie	État de santé
Langues parlées	Langue parlée au domicile	Langues parlées	Langue parlée au domicile
Religion		Religion	
Instruction		Instruction	
Nom et adresse du médecin		Nom et adresse du médecin	
Numéro de téléphone (506)		Numéro de téléphone (506)	

DEMANDEUR(SE) #1 (suite)	DEMANDEUR(SE) #2 (suite)
Intérêts spéciaux et activités communautaires	Intérêts spéciaux et activités communautaires
Animaux familiers (type et nom)	Animaux familiers (type et nom)
État civil :	État civil :
Date du mariage :	Date du mariage :
Lieu du mariage :	Lieu du mariage :
Si le demandeur vit en union de fait, veuillez indiquer la date du début de l'union de fait.	

Date du mariage précédent :	Date du mariage précédent :
Date de fin :	Date de fin :
Façon dont le mariage s'est terminé :	Façon dont le mariage s'est terminé :
Vérifié : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Vérifié : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Emploi actuel :	Emploi actuel :
Nom de l'employeur :	Nom de l'employeur :
Adresse :	Adresse :
Numéro de téléphone : (506)	Numéro de téléphone : (506)
Revenu annuel brut :	Revenu annuel brut :
Durée de l'emploi actuel :	Durée de l'emploi actuel :

ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS – DE L'EMPLOI LE PLUS RÉCENT AU PLUS ANCIEN			
DEMANDEUR(SE) #1		DEMANDEUR(SE) #2	
Nom de l'employeur	Type de travail	Nom de l'employeur	Type de travail
Date de début	Lieu	Date de début	Lieu
Date de cessation		Date de cessation	
Motif du départ :		Motif du départ :	
Nom de l'employeur	Type de travail	Nom de l'employeur	Type de travail
Date de début	Lieu	Date de début	Lieu
Date de cessation		Date de cessation	
Motif du départ :		Motif du départ :	
Nom de l'employeur	Type de travail	Nom de l'employeur	Type de travail
Date de début	Lieu	Date de début	Lieu
Date de cessation		Date de cessation	
Motif du départ :		Motif du départ :	
Nom de l'employeur	Type de travail	Nom de l'employeur	Type de travail
Date de début	Lieu	Date de début	Lieu
Date de cessation		Date de cessation	
Motif du départ :		Motif du départ :	
Avez-vous déjà été déclarée coupable d'une infraction criminelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Ou avez-vous déjà été inculpée d'infraction criminelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Ou avez-vous déjà été inculpé d'infraction criminelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
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.			
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX			
PÈRE		PÈRE	
Nom :		Nom :	
Adresse :		Adresse :	
Emploi :		Emploi :	
Instruction :		Instruction :	
Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise		Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise	
Âge Si décédé, date et cause du décès.		Âge Si décédé, date et cause du décès.	
MÈRE		MÈRE	
Nom :		Nom :	
Adresse :		Adresse :	
Emploi :		Emploi :	
Instruction :		Instruction :	
Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise		Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise	

Âge Si décédée, date et cause du décès	Âge Si décédée, date et cause du décès
---	---

* Ajoutez une ou plusieurs feuilles supplémentaires si nécessaire.

Frères et soeurs du (de la) demandeur(se) #1	Frères et soeurs du (de la) demandeur(se) #2
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Emploi :	Emploi :
Instruction :	Instruction :
Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise	Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise
Âge Si décédé, date et cause du décès	Âge Si décédé, date et cause du décès
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Emploi :	Emploi :
Instruction :	Instruction :
Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise	Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise
Âge Si décédé, date et cause du décès	Âge Si décédé, date et cause du décès
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Emploi :	Emploi :
Instruction :	Instruction :
Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise	Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise
Âge Si décédé, date et cause du décès	Âge Si décédé, date et cause du décès
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Emploi :	Emploi :
Instruction :	Instruction :
Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise	Santé : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> mauvaise
Âge Si décédé, date et cause du décès	Âge Si décédé, date et cause du décès

ENFANTS DÉJÀ AU FOYER

NOM	DATE DE NAISSANCE	ENFANT NATUREL, ADOPTÉ, D'UN PREMIER LIT OU PLACÉ	SANTÉ	NOM DE LA GARDERIE OU DE L'ÉCOLE ET ADRESSE POSTALE	NOM DU RESPONSABLE DE LA GARDERIE OU DE L'ENSEIGNANTÉ ET ANNÉE

REMARQUE : Si vous avez des enfants d'âge scolaire ou des enfants qui fréquentent un établissement de garderie, l'établissement en question sera contacté pour obtenir une référence.

Y a-t-il d'autres enfants qui vivent hors du foyer? oui non

Lieux où ils se trouvent actuellement :

AUTRES PERSONNES DANS VOTRE FOYER : (parents, locataires, aide, etc.)

Nom

Degré de parenté

REMARQUE : Les autres membres de votre foyer qui sont âgés de 19 ans et plus doivent se soumettre à une vérification du casier judiciaire.

Avez-vous déjà fait une demande d'adoption?

oui

non

Quand? _____ Où? _____

Indiquez brièvement les raisons pour lesquelles vous faites une demande d'adoption.

RÉPONDANTS

Veillez donner le nom et l'adresse de trois personnes que vous connaissez tous les deux et, dans la mesure du possible, mentionnez une personne de chacune des catégories suivantes :

- a) une personne qui a connu le demandeur en adoption pendant deux ans au moins;
- b) une personne qui a activement collaboré avec le demandeur en adoption pendant les six derniers mois;
- c) un répondant qui a eu l'occasion d'observer l'interaction du demandeur avec des enfants.

REMARQUE : Ne pas utiliser de parents comme répondants.

On considère un couple marié comme un répondant.

Quand le ou les enfants du demandeur en adoption vont à l'école ou fréquentent un établissement de garderie, on contactera les enseignants des enfants ou le responsable de la garderie pour obtenir des références.

1.	Nom du répondant	Téléphone
		Domicile : (506) Travail : (506)
	Adresse postale complète :	
2.	Nom du répondant	Téléphone
		Domicile : (506) Travail : (506)
	Adresse postale complète :	
3.	Nom du répondant	Téléphone
		Domicile : (506) Travail : (506)
	Adresse postale complète :	

J'ai lu attentivement ce qui précède et je fais la demande pour recevoir un enfant confié à mes soins conformément aux conditions mentionnées aux présentes et dont je conviens. Je comprends que les renseignements donnés à l'organisme d'adoption sont strictement confidentiels et qu'aucun d'entre eux ne sera divulgué à un tiers ou à un autre organisme, sauf s'ils servent à faciliter le placement de l'enfant à mon domicile.

Je consens à ce que tous les renseignements nécessaires concernant ma demande d'adoption soient transmis au réseau d'adoption des enfants en bas âge du Nouveau-Brunswick si je m'intéresse à adopter un enfant en santé âgé de deux ans au plus.

oui non

Je consens à ce que tous les renseignements nécessaires concernant ma demande d'adoption soient transmis au bureau central d'enregistrement provincial si je m'intéresse à adopter un enfant plus âgé, un enfant ayant des besoins spéciaux ou des enfants de la même famille du Nouveau-Brunswick.

oui non

Je consens à ce que tous les renseignements nécessaires concernant ma demande d'adoption soient transmis à d'autres organismes agréés de la province qui offrent des services d'adoption si je m'intéresse à adopter un ou des enfants de l'extérieur du Nouveau-Brunswick.

oui non

Je consens à ce que tous les renseignements nécessaires concernant ma demande d'adoption soient transmis au Bureau national d'adoption si je m'intéresse à une adoption internationale.

oui non

Votre langue de correspondance Anglais Français
Your language or correspondence

Fait le _____ (date) jour de _____ (mois), _____ (année)

Signature du (de la) demandeur(se) #1

Témoïn

Signature du (de la) demandeur(se) #2

Témoïn