

INSCRIPTION DU DEMANDEUR EN ADOPTION

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

SECTION A

	DEMANDEUR(SE) #1	DEMANDEUR(SE) #2
NOM DE FAMILLE		
PRÉNOM		
NOM DE JEUNE FILLE		
DATE DE NAISSANCE		
LIEU DE NAISSANCE		
CITOYENNETÉ		
RACE		
RELIGION		
<u>ADRESSE</u>		
<hr/> <hr/>		
TÉLÉPHONE (DOMICILE)	(506) _____	(506) _____
TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	(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</u>		
<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 DEMANDEUR(SE)S

DEMANDEUR(SE) #1	DEMANDEUR(SE) #2
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"/>
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.	
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"/>	• Cocaine/crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience 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"/>	
• Déficience 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

Seriez-vous disposé à accepter un ou des enfants d'une autre province?

Oui Non

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 du demandeur(se) #1

Date

Signature du demandeur(se) #2

Date

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ORGANISME OU DU MINISTÈRE du Développement social:

Date de la ou des réunions de groupe

Ministère du Développement social:

Adresse :

**NOTES EXPLICATIVES CONCERNANT LA FORMULE
« INSCRIPTION DU DEMANDEUR EN ADOPTION » :**

SYNDROME DE DOWN - il s'agit d'un syndrome particulier qui provoque une déficience intellectuelle de degrés variables.

PROBLÈMES RÉSULTANT D'UNE NAISSANCE PRÉMATURÉE - il peut s'agir d'anomalies de la vision, de l'ouïe et autres, dont l'infirmité motrice cérébrale et l'épilepsie. Bien des prématurés en bas âge connaissent des retards de développement pendant au moins les deux premières années de leur vie. Ces enfants doivent généralement participer à un programme de stimulation précoce pendant une certaine période.

PRONOSTIC INCERTAIN - cela signifie que les médecins ne sont pas en mesure de prédire de quelle façon l'enfant en bas âge ou le jeune enfant se développera, à cause des soins prénataux ou d'autres facteurs. Il se peut que le développement intellectuel, physique ou affectif soit affecté. L'enfant peut être en santé et bien se développer au moment du placement, mais il y a un facteur de risque qui fait que le développement normal peut être retardé ou ne pas se poursuivre. Habituellement, même le DEGRÉ de risque n'est pas connu.

RISQUE GÉNÉTIQUE DE SCHIZOPHRÉNIE - des recherches ont démontré que les enfants issus d'un ou de parents schizophrènes présentent un risque de contracter eux-mêmes ultérieurement cette maladie. L'adoption peut réduire le risque mais il existe toujours un facteur de risque.

ABUS DE DROGUES - cela signifie qu'une mère biologique a fait usage de drogues pendant sa grossesse, ce qui a des répercussions directes sur le développement de l'enfant. Les enfants qui naissent toxicomanes sont souvent irritables, agités et ont des symptômes physiques comme des selles liquides, des étournements et des tremblements. Les risques de mort subite du nourrisson sont multipliés par dix chez les bébés de toxicomanes. Les futurs effets nocifs peuvent comprendre ce qui suit : retard dans l'acquisition du langage, hyperactivité intense, incoordination neuromusculaire des mouvements des avant-bras, violentes explosions de colère, champ d'attention limité et difficulté à instaurer des liens sociaux.

ALCOOLISME - signifie que la mère biologique a fait des abus d'alcool pendant la grossesse ce qui se traduit par l'éventualité d'un syndrome d'alcoolisme foetal. Cette maladie peut avoir des effets néfastes tels que des malformations du visage, des anomalies cardiaques, un retard de développement, un champ d'attention limité ou, dans des cas extrêmes, une déficience intellectuelle.

RETARD DE DÉVELOPPEMENT - il s'agit d'un handicap physique ou intellectuel qui retarde le développement normal et adéquat pour l'âge d'un enfant.

RISQUE GÉNÉTIQUE - l'enfant peut être susceptible de contracter une maladie ou une anomalie génétiquement déterminées par suite de ses caractéristiques héréditaires.

On devrait inciter le demandeur en adoption à se procurer et à lire les recherches actuelles dans ces domaines. Il devrait également discuter de tout problème d'ordre médical avec son médecin.