

Formulaire de SAFE

Destinataire :

Date:

RÉFÉRENCE POUR :

Nom du demandeur

La personne mentionnée ci-haut a déposé sa candidature auprès de notre organisme pour devenir parent d'accueil ou parent adoptif et elle nous a fourni votre nom à titre de référence.

Le processus entourant la candidature des familles à l'adoption ou à l'accueil nous amène à les connaître sous un certain angle. Les renseignements que vous nous fournirez ici seront cruciaux afin de mieux connaître ce demandeur. Nous vous saurions gré de répondre aux questions suivantes et de nous retourner le formulaire dûment rempli dans les meilleurs délais. Si vous avez des questions concernant cette demande, veuillez envoyer un courriel à adoption@gnb.ca ou fosterfamilies_famillesdaccueil@gnb.ca.

1. Depuis quand connaissez-vous ce demandeur et à quel titre?

2. Parmi les traits suivants, lesquels décrivent le mieux ce demandeur?

(Cochez toutes les réponses pertinentes)

- | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Extraverti | <input type="checkbox"/> Timide | <input type="checkbox"/> Agressif | <input type="checkbox"/> Actif |
| <input type="checkbox"/> Honnête | <input type="checkbox"/> Heureux | <input type="checkbox"/> Amical | <input type="checkbox"/> Émotif |
| <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Nerveux | <input type="checkbox"/> Sérieux | <input type="checkbox"/> Entêté |
| <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Rigide | <input type="checkbox"/> Travailleur | <input type="checkbox"/> Calme |
| <input type="checkbox"/> D'humeur changeante | <input type="checkbox"/> Engagée | <input type="checkbox"/> Confiant | <input type="checkbox"/> Flexible |
| <input type="checkbox"/> Campatissant | <input type="checkbox"/> Plaisant | <input type="checkbox"/> Compulsif | <input type="checkbox"/> Sûr de soi |
| <input type="checkbox"/> Impulsif | <input type="checkbox"/> Prudente | <input type="checkbox"/> Sens de l'humour | <input type="checkbox"/> Autre: |

Quels autres mots utiliseriez-vous pour décrire ce demandeur?:

3. Quel genre d'expérience ce demandeur a-t-il avec des enfants?

4. Ce demandeur est capable de donner de l'amour à un enfant et d'assurer sa sécurité.

(Cochez une seule case)

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

5. À votre connaissance, ce demandeur est-il associé à un groupe ou une organisation qui défend des croyances ou des valeurs que vous jugez préoccupantes ou incompatibles avec une attitude parentale responsable?

- Oui Non Si oui, veuillez préciser:

6. Ce demandeur a-t-il déjà présenté les comportements ci-dessous?

(Cochez toutes les réponses pertinentes)

- | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consommation excessive d'alcool | <input type="checkbox"/> Antécédents de travail médiocre |
| <input type="checkbox"/> Pornographie juvénile | <input type="checkbox"/> Abus ou négligence à l'égard des enfants |
| <input type="checkbox"/> Consommation abusive de drogue | <input type="checkbox"/> Comportement violent |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise gestion financière | <input type="checkbox"/> Jeu compulsif |
| <input type="checkbox"/> Comportement sexuel déviant | <input type="checkbox"/> Activités criminelles |
| <input type="checkbox"/> Pornographie | <input type="checkbox"/> Autre : |

7. Ce demandeur a-t-il déjà souffert des troubles médicaux ci-dessous?

(Cochez toutes les réponses pertinentes)

- | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie mentale | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Tendances suicidaires |
| <input type="checkbox"/> Retards de développement | <input type="checkbox"/> Perte de jugement |
| <input type="checkbox"/> Danger pour soi-même ou pour autrui | <input type="checkbox"/> Autre: |

8. Si vous avez coché des cases aux questions 6 et 7 concernant les comportements et les troubles médicaux, veuillez préciser:

9. Lesquels des énoncés suivants décrivent le mieux le niveau de soutien que ce demandeur reçoit de ses amis, de sa famille, de la communauté et des institutions religieuses?

(Cochez toutes les réponses pertinentes)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beaucoup d'amis proches | <input type="checkbox"/> Plusieurs amis proches | <input type="checkbox"/> Peu ou pas d'amis proches |
| <input type="checkbox"/> Liens étroits avec beaucoup de membres de la famille | <input type="checkbox"/> Liens étroits avec plusieurs membres de la famille | <input type="checkbox"/> Peu ou pas de liens familiaux |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup de liens sociaux | <input type="checkbox"/> Plusieurs liens sociaux | <input type="checkbox"/> Peu ou pas de liens sociaux |
| <input type="checkbox"/> Participation active à la vie communautaire | <input type="checkbox"/> Une certaine participation à la vie communautaire | <input type="checkbox"/> Aucune participation à la vie communautaire |
| <input type="checkbox"/> Rôle actif dans la communauté religieuse | <input type="checkbox"/> Une certaine participation à la communauté religieuse | <input type="checkbox"/> Aucune participation à la communauté religieuse |

10. Seriez-vous à l'aise de confier la garde permanente de votre enfant à ce demandeur si vous étiez dans l'impossibilité de prendre soin de votre enfant?

- Très à l'aise À l'aise Mal à l'aise Très mal à l'aise

11. Ya-t-il des points que nous n'avons pas abordés dans le présent questionnaire et qu'il serait important, selon vous, que nous sachions sur ce demandeur?

- Oui Non Si oui, veuillez préciser:

Veillez nous fournir un numéro de téléphone pour que nous puissions vous appeler si nous avons d'autres questions.

| | | | | |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|-------------|
| Nom | N° de téléphone le jour | N° de téléphone le soir | N° de cellulaire: | |
| Numéro de rue / rue | Numéro d'appartement | Ville ou village | Province | Code postal |

| | |
|-----------|------|
| Signature | Date |
|-----------|------|

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Veuillez envoyer le formulaire rempli par courrier électronique à l'adresse suivante adoption@gnb.ca ou fosterfamilies_famillesdaccueil@gnb.ca

OU par courrier à l'adresse suivante

Attn: Marika Verreault-Leblanc (Accueil/adoption)
551, rue King
Édifice Sartain MacDonald
C.P. 6000, Fredericton (N.-B.)
E3B 1E7