**FORMULAIRE D’INSCRIPTION EN VUE D’UN PROJET D’ADOPTION**

**\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_**

**DOCUMENT CONFIDENTIEL: Veuillez lire en entier avant de répondre.**

**Tous les renseignements fournis dans**

**ce formulaire demeureront confidentiels.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_**

**Ce formulaire sert à susciter la réflexion et est préalable au processus d’évaluation.**

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU PROJET**
 |
| □ Adoption régulière d’un enfant né au Québec | □ Famille d’accueil banque mixte | □Adoption par la parenté(autre que famille d’accueil de proximité) |
| □ Adoption par la famille d’accueil (y compris les familles d’accueil de proximité) * Nom et date de naissance de l’enfant\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| □ Adoption internationale* Pays \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Numéro du Secrétariat à l’adoption internationale (SAI) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nom de l’organisme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

| 1. **RENSEIGNEMENTS SUR L’IDENTITÉ DES POSTULANTS**
 |
| --- |
| **No personne ADOQI:*****Pour usage interne seulement*** | **No personne ADOQI:** ***Pour usage interne seulement*** |
| **Postulant(e) 1** □ Féminin □ Masculin □ Un autre genre | **Postulant(e) 2** □ Féminin □ Masculin □ Un autre genre |
| Nom: | Nom: |
| Prénom: | Prénom: |
| Date de naissance: | Date de naissance : |
| Lieu de naissance *(indiquez la ville et le pays*): Ville: Pays: | Lieu de naissance *(indiquez la ville et le pays*):Ville:Pays: |
| Nom et prénom de votre mère: | Nom et prénom de votre mère: |
| Numéro d’assurance sociale (NAS): | Numéro d’assurance sociale (NAS): |
| Numéro d’assurance maladie (NAM): | Numéro d’assurance maladie (NAM): |
| Titre de citoyenneté:□ Citoyen(ne) canadien(ne)□ Résident(e) permanent(e)□ Autre (*précisez*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Titre de citoyenneté :□ Citoyen(ne) canadien(ne)□ Résident(e) permanent(e)□ Autre (*précisez*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Origine ethnique: | Origine ethnique: |
| Langue parlée à la maison:Langue de communication: | Langue parlée à la maison:Langue de communication: |

|  |
| --- |
| 1. **ADRESSE DES POSTULANTS**
 |
| Adresse actuelle (numéro, rue, appartement, ville, province et code postal): |
| Téléphone à la maison: |
| Téléphone au travail: | Postulant(e) 1: | Postulant(e) 2: |
|  |  |
| Téléphone cellulaire: |  |  |
| Courriel personnel: |  |  |
| Courriel professionnel: |  |  |
| Depuis quand habitez-vous à cette adresse? |
| Si vous habitez à cette adresse depuis moins de cinq ans, indiquez votre ancienne adresse:Prévoyez-vous déménager prochainement? Oui□ Non□Si oui, quand et à quel endroit? |

|  |
| --- |
| 1. **SITUATION FAMILIALE**
 |
| **Précisez votre statut: Depuis combien de temps:** |
| Depuis quand vous connaissez votre conjoint(e): |
| Date de début de vie commune: |
| Date du mariage (s’il y a lieu): Endroit: |
| Si vous avez des enfants ou si vous avez des enfants à charge, veuillez fournir les renseignements suivants: |
| Nom et prénom | Date de naissance | Sexe  | Statut de l’enfant | Enfant habitant à la maison |
|  M F  | Biologique dePère Mère | Adopté dePère Mère | Placé à votre charge à titre de familled’accueil | Oui | Non |
|  |  | □ □ | □ □ | □ □ | □ | □ | □ |
|  |  | □ □ | □ □ | □ □ | □ | □ | □ |
|  |  | □ □ | □ □ | □ □ | □ | □ | □ |
| S’il y a d’autres personnes habitant avec vous, veuillez fournir les renseignements suivants: |
| Nom et prénom | Lien de parenté | Âge | Occupation |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **SCOLARITÉ ET EMPLOI**

**IMPORTANT : Veuillez joindre à la demande une attestation d’emploi ou une attestation de revenu par l’employeur.** |
| **Postulant(e) 1** | **Postulant(e) 2** |
| Niveau d’études terminées (ex. : 3e secondaire, diplôme d’études collégiales, diplôme d’études universitaires): | Niveau d’études terminées (ex. : 3e secondaire, diplôme d’études collégiales, diplôme d’études universitaires): |
| Autres formations: | Autres formations: |
| Occupation: | Occupation: |
| Nom de l’employeur: | Nom de l’employeur: |
| Date d’embauche: | Date d’embauche: |
| Statut d’emploi: | Statut d’emploi: |
| □ Permanent□ Occasionnel □ Travailleur autonome □ Temporaire | □ Permanent□ Occasionnel □ Travailleur autonome □ Temporaire |
| Régime de travail: | Régime de travail: |
| □ Temps plein□ Temps partiel | □ Temps plein□ Temps partiel |
| Horaire de travail: | Horaire de travail: |
| □ Jour□ Soir | □ Nuit□ Variable | □ Jour□ Soir | □ Nuit□ Variable |
| Prévoyez-vous prendre un congé parental à l’arrivée de l’enfant? Si oui, indiquez la durée du congé. |
| **Postulant(e) 1** | **Postulant(e) 2** |
| □ Non□ OuiDurée: | □ Non□ OuiDurée: |

|  |
| --- |
| 1. **REVENU FAMILIAL BRUT**
 |
| □ Moins de 24 999 $ □ Entre 75 000 $ et 99 999 $ □ 200 000 $ et plus□ Entre 25 000 $ et 49 999 $ □ Entre 100 000 $ et 149 999 $ □ Entre 50 000 $ et 74 999 $ □ Entre 150 000 $ et 199 999 $ |

|  |
| --- |
| 1. **ANTÉCÉDENTS**
 |
| Est-ce que votre conjoint(e), un de vos enfants, vous-même ou toute autre personne majeure habitant avec vous:* a ou a déjà eu des démêlés avec la justice ou un casier judiciaire? Oui □ Non □

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* agit ou a déjà agi comme famille d’accueil ou famille d’accueil de proximité? Oui □ Non □

Si oui, précisez la date de début et de fin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* reçoit actuellement des services sociaux1? Oui □ Non □

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * a déjà fait une demande d’adoption2? Oui □ Non □

Si oui, précisez si la demande actuelle concerne: 1re adoption □ 2e adoption □ 3e adoption □ Autre □ no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1 Dans le contexte, on entend des services de la Direction de la protection de la jeunesse, d’un centre de santé et des services sociaux, d’un centre de réadaptation, de psychologie ou de psychothérapie.2 Si vous avez déjà adopté un enfant, veuillez **joindre à la demande une copie de votre rapport d’évaluation,** s’il n’est pas déjà à votre dossier. |

|  |
| --- |
| 1. **SITUATION MÉDICALE ET SOCIALE**

**IMPORTANT : Vous devrez fournir une pièce médicale confirmant votre état de santé.** |
| **Postulant(e) 1**État de santé actuel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Veuillez indiquer tout diagnostic, maladies physiques ou mentales, interventions chirurgicales récentes ou prévues, suivi en psychiatrie, etc.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prenez-vous des médicaments présentement? Si oui, précisez lesquels:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom de votre médecin (s’il y a lieu):  |
| **Postulant(e) 2**État de santé actuel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Veuillez indiquer tout diagnostic, maladies physiques ou mentales, interventions chirurgicales récentes ou prévues, suivi en psychiatrie, etc.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prenez-vous des médicaments présentement? Si oui, précisez lesquels:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom de votre médecin s’il y a lieu:  |
| **Enfants**État de santé actuel des enfants: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Veuillez indiquer tout diagnostic, maladies physiques ou mentales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vos enfants prennent-ils des médicaments présentement ? Si oui, précisez lesquels:  |
| **Fertilité et infertilité**Y a-t-il une possibilité de donner naissance à des enfants? □ Oui □ NonSinon, existe-t-il un problème de fertilité? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Actuellement, suivez-vous des traitements en clinique de fertilité? □ Oui □ NonSi oui, indiquez le nom et l’adresse de la clinique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **PROJET D’ADOPTION**
 |
| Depuis quand songez-vous à l’adoption? |
|  |
|  |
| Quelles sont vos motivations? Décrivez ce qui vous a amenés à vouloir adopter un enfant. |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Quelles sont vos forces, vos ressources ou vos expériences particulières qui vous préparent à un tel projet ? |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Quelles sont vos inquiétudes et vos appréhensions quant à la réalisation d’un tel projet? |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ***Si lA DEMANDE D’adoption CONCERNE un enfant PRÉCIS, passez à la section 11.***  |

|  |
| --- |
| **Pour les postulants ayant choisi un projet d’adoption régulière d’un enfant né au Québec ou un****projet de famille d’accueil en banque mixte**  |
| Que représente pour vous la possibilité de contacts entre l’enfant qui vous serait confié et ses parents biologiques? |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) prend les décisions et choisit les orientations dans l'intérêt des enfants dont il a la responsabilité.Dans le cas où le DPJ vous confie un enfant, seriez-vous prêt(e) à considérer les situations suivantes?  |
| * Composer avec la possibilité que l’enfant puisse retourner auprès □ Oui □ Nonde ses parents d’origine
* Accueillir un enfant qui fait l’objet d’une adoption avec reconnaissance □ Oui □ Non

des liens préexistants de filiation* Informer l’enfant sur son statut d’adopté(e) et l’accompagner dans des □ Oui □ Non

démarches de recherche d’antécédents et de retrouvailles* Convenir d’une entente de communication avec échange de □ Oui □ Non

renseignements (photos, lettres) au moment du placement et après l’adoption avec des membres de la famille d’origine de l’enfant* Convenir d’une entente de communication avec contact au moment du □ Oui □ Non

placement et après l’adoption avec des membres de la famille d’origine de l’enfant * Accepter la divulgation de vos renseignements personnels □ Oui □ Non

dans le cadre du placement de l’enfant en famille d’accueil banque mixte |

|  |
| --- |
| 1. **DESCRIPTION DE L’ENFANT**
 |
| **Caractéristiques générales**Cochez la ou les cases appropriées. |
| Sexe | □ Masculin | □ Féminin | □ Un autre genre |
| Nombre d’enfants désirés: |  |
| Groupe d’âge: | □ 0-6 mois□ 6-12 mois□ 12-18 mois□ 18-24 mois | □ 2-4 ans□ 4-6 ans□ 6 ans et plusPréférence :  |
| Jumeaux-jumelles | □ Oui | □ Non |
| Fratrie | □ Oui | □ Non |
| Enfant d’origine ethnoculturelle différente Accepteriez-vous d’accueillir un enfant d’une origine ethnoculturelle différente de la vôtre ? Comment vous prépareriez-vous à répondre aux besoins culturels de l’enfant?Décrivez-nous les points positifs, les défis ou les difficultés que vous envisagez à un tel jumelage. |
|  |
| **Caractéristiques particulières**Accepteriez-vous d’accueillir un enfant ayant un problème de santé physique ou mentale ou une autre particularité? Comment vous prépareriez-vous à répondre aux besoins médicaux de l’enfant?Décrivez-nous vos motivations, les défis ou les difficultés que vous envisagez à un tel jumelage.  |
|  |
| **Antécédents des parents biologiques de l’enfant** |
| Accepteriez-vous d’accueillir un enfant dont les parents ont des difficultés reliées à l’une des situations suivantes? Cochez la ou les cases appropriées. |
| □ Consommation d’alcool pendant la grossesse□ Consommation de drogues pendant la grossesse  | □ Problème de santé mentale□ Déficience intellectuelle |

|  |
| --- |
| 1. **ADOPTION D’UN ENFANT PRÉCIS**
 |
| Nom: |
| Prénom: |
| Lien de parenté (s’il y a lieu): |
| Date de naissance: |
| Date d’entrée dans la famille: |
| Est-ce que l’enfant est au courant du projet d’adoption (si applicable)? | □ Oui  | □ Non |
| Sinon, pourquoi? |
| Si oui, quel est son avis par rapport à ce projet? |

|  |
| --- |
| 1. **RÉFÉRENCES**
 |
| Indiquez le nom et l’adresse complète des personnes auprès de qui le centre intégré de santé et de services sociaux ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ demandera des lettres de recommandation à votre sujet.*Si vous êtes une personne seule, veuillez fournir trois références uniquement (deux membres de votre famille et une autre personne).*  |
| ***Membre de la famille du postulant(e) 1*** |
| Nom: |
| Adresse complète (numéro, rue, appartement, ville, province et code postal): |
| Téléphone: | Courriel: |
| ***Membre de la famille du postulant(e) 2*** |
| Nom: |
| Adresse complète (numéro, rue, appartement, ville, province et code postal): |
| Téléphone: | Courriel: |
| ***Autre personne (ex. : ami[e], voisin[e], collègue de travail)*** |
| Nom: |
| Adresse complète (numéro, rue, appartement, ville, province et code postal): |
| Téléphone: | Courriel: |
| ***Autre personne (ex. : ami[e], voisin[e], collègue de travail)*** |
| No: |
| Adresse complète (numéro, rue, appartement, ville, province et code postal):  |
| Téléphone  | Courriel: |

|  |
| --- |
| 1. **DÉCLARATION**
 |
| **POSTULANT(E) 1**Je soussigné ou soussignée, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, déclare ce qui suit :* Les renseignements contenus dans cette demande d’adoption sont exacts et véridiques.
* Je n’ai jamais fait l’objet d’un refus comme postulant(e) à l’adoption ou à titre de famille d’accueil dans un centre intégré de santé et de services sociaux ou un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. Dans le cas contraire, j’ai joint une note explicative.

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**POSTULANT(E) 2**Je soussigné ou soussignée, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, déclare ce qui suit :* Les renseignements contenus dans cette demande d’adoption sont exacts et véridiques.
* Je n’ai jamais fait l’objet d’un refus comme postulant(e) à l’adoption ou à titre de famille d’accueil dans un centre intégré de santé et de services sociaux ou un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. Dans le cas contraire, j’ai joint une note explicative.

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NOTES: * Toute déclaration mensongère ou omission volontaire d’information entraînera la fermeture de votre dossier.
* Une vérification quant à l’existence d’un casier judiciaire est effectuée pour toute demande d’adoption.
* Il est essentiel de nous aviser de tout changement concernant votre situation personnelle ou familiale.
* L’impossibilité de communiquer avec vous en raison d’un changement d’adresse entraînera la fermeture de votre dossier.
 |

**ANNEXE I**

**Autre(s) personne(s) résidant au foyer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom à la naissance** | **Né(e) le** | **Lien** | **Occupation** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**Travail Postulant 1 Postulant 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si vous occupez un emploi, quels moyens prendrez-vous pour assurer présence et disponibilité à l’enfant? |       |       |

Quels sont vos projets d’avenir par rapport à votre travail?

**Postulant 1 :**

 **Postulant 2** :

**Suivi social**

Est-ce que vous ou un des membres de votre famille avez déjà fait l’objet d’un signalement ou d’un suivi social, psychologique ou psychiatrique soit avec le CLSC, les Centres Jeunesse, un centre hospitalier ou au privé? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, veuillez préciser qui a fait l’objet de ce suivi et la raison:

**Habitudes de consommation**

|  |
| --- |
| **Habitudes de consommation** |
|  | **Postulant 1** | **Postulant 2** | **Enfants** | **Autre(s)** |
| AlcoolPrécisez : | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| DroguesPrécisez : | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Médicaments sous ordonnancePrécisez : | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Médicaments autres que sous ordonnancePrécisez :  | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Jeux de hasard et d’argentPrécisez :  | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Cigarettes | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Si oui à la cigarette, quel moyen prendrez-vous pour ne pas que l’enfant soit exposé à la fumée secondaire?       |

|  |
| --- |
| **Conviction religieuse** |

**Conviction religieuse et/ou habitudes de vie**

De quelle religion est votre famille ?

Pratiquant [ ]  Non pratiquant [ ]

Quelle place prend la religion dans votre famille?

Adhérez-vous à des regroupements religieux ? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, lequel :

Adhérez-vous à des habitudes de vie particulières (ex : végétarisme, nudisme)? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, laquelle?

**Moyens de transport**

Possédez-vous un permis de conduire valide? Oui [ ]  Non [ ]

Disposez-vous d’un véhicule automobile ? Oui [ ]  Non [ ]

Avez-vous facilement accès à un service de transport en commun? Oui [ ]  Non [ ]

**Reconnaissance antérieure**

Avez-vous fait l’objet d’une suspension ou d’une révocation de reconnaissance à titre de ressource (famille d’accueil ou ressource intermédiaire), au cours des trois (3) dernières années? Non [ ]  Oui [ ]  Expliquez

Avez-vous déjà fait l’objet d’un refus à titre de postulant afin d’être reconnu comme ressource (famille d’accueil ou ressource intermédiaire)? Non [ ]  Oui [ ]

Expliquez :

**Loi sur l’insolvabilité**

Avez-vous eu recours, au cours des trois (3) dernières années, à une loi visant l’insolvabilité (dépôt volontaire, propositions du consommateur, faillite)?

Oui [ ]  Non [ ]

**Données socio-économiques**

**Activités, loisirs, etc.**

Les membres de votre famille s’adonnent-t-ils à des sports, loisirs ou activités précises ? Précisez :

|  |
| --- |
| Individuelles: Postulant 1 : Postulant 2 :  |
| Familiales :        |
| Conjugales :       |
| Vos enfants :       |

Quel impact ces activités ont-elles sur la disponibilité et l’organisation familiales?

À quelle(s) activité(s) sociale(s), culturelle(s) ou sportive(s) aurait (ent) accès l’enfant qui vous serait confié? Précisez :

Décrivez l’équipement que vous possédez pour les jeux intérieurs et extérieurs disponibles pour des enfants qui vous seraient confiés :

**Caractéristiques de l’enfant**

|  |  |
| --- | --- |
| Êtes-vous prêts à accueillir des enfants présentant les déficits suivants ?Précisez lesquels :[ ]  Déficience physique  [ ]  Déficit de l’attention[ ]  Déficience intellectuel  [ ]  Trouble de l’attachement[ ]  Troubles de comportement  [ ]  Hyperactivité[ ]  Troubles affectifs [ ]  Problème de santé   |   |
| Acceptez-vous que l’enfant ait des contacts avec son milieu naturel ?[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  à discuter  |   |
| Acceptez-vous de vous investir auprès de l’enfant jusqu’à l’atteinte de sa majorité ?[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  à discuter |

|  |
| --- |
|  BUDGET |
| 1. **REVENUS**
 |  |
| 1.1 Revenu **mensuel net** du salaire du (de la) postulant(e) 1 | 1.       |
| 1.2 Revenu **mensuel net** du salaire du (de la) postulant(e) 2 | 2.       |
| 1.3 Montant **mensuel net** provenant de la Sécurité du revenu | 3.       |
| 1.4 Pension alimentaire **mensuelle** | 4.       |
| 1.5 Montant des allocations familiales | 5.       |
| 1.6 Revenus **mensuels nets** de location (loyers) | 6.       |
| 1.7 Autres revenus **mensuels nets** | 7.       |
|  Précisez :       |  |
| **TOTAL DES REVENUS MENSUELS :** |  |
| 1. **DÉPENSES MENSUELLES**
 |  |
| **Dépenses courantes****Coût mensuel :**  |  |
| 2.1 Du loyer | 1.       |
| 2.2 De l’hypothèque | 2.       |
| 2.3 Des taxes | 3.       |
| 2.4 Du chauffage | 4.       |
| 2.5 De l’épicerie (coût approximatif)  | 5.       |
| 2.6 Des assurances (vie, automobile, maison, etc.) | 6.       |
| * 1. *Des télécommunications (câble, téléphone, internet, etc.)*
 | 7.       |
| * 1. *Pension alimentaire mensuelle*
 | 8.       |
| * 1. *Coûts relatifs aux transports (transport en commun, essence, etc.)*
 | 9.  |
|  |  |
| **Remboursements** |  Montant actuel dû : |  Coût/mois : |
| Prêt auto : |       |  10.       |
| Prêt personnel : |       |  11.       |
| Carte de crédit : |       |  12.       |
| Autres, précisez : |       |  13.       |
| **TOTAL DES DÉPENSES MENSUELLES :** |       |
|  |  |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE LOGEMENT** |
| Par rapport au logement que vous occupez, complétez les informations suivantes :1. [ ]  Milieu urbain [ ]  Milieu rural
2. [ ]  Locataire [ ]  Propriétaire
3. [ ]  Unifamiliale Nombre de pièces :

 [ ]  Duplex [ ]  Balcon [ ]  Triplex [ ]  Édifice à logements Détenez-vous une police d’assurance sur le logement en question : [ ]  Oui [ ]  NonMontant de la protection :      $ Nom de la compagnie d’assurance :      Possédez-vous une résidence secondaire (chalet, roulotte, etc.) [ ]  Oui [ ]  NonPrécisez :  |
| **Est-ce que le logement principal comprend :**a) Une salle de séjour (salon)? [ ]  Oui [ ]  Nonb) Une salle de bain complète ? [ ]  Oui [ ]  Nonc) Une toilette supplémentaire ? [ ]  Oui [ ]  Nond) Une sortie autre que l’entrée principale ? [ ]  Oui [ ]  None) Un foyer ? [ ]  Oui [ ]  Non Précisez :      f) Des margelles? [ ]  Oui [ ]  Nong) Des grillages aux fenêtres du sous-sol? [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Sécurité des lieux** : 1. Avez-vous un permis de port d’armes? [ ]  Oui [ ]  Non
2. Est-ce que vous possédez des armes à feu ? [ ]  Oui [ ]  Non reprendre à la question d)
3. Sont-elles rangées de façon sécuritaire? [ ]  Oui [ ]  Non
4. Est-ce que les produits toxiques et dangereux

 sont rangés de façon sécuritaire ? [ ]  Oui [ ]  Non1. Est-ce que vos médicaments sont hors de portée

 des enfants ? [ ]  Oui [ ]  Non |
| a) Avez-vous accès à une cour extérieure ? [ ]  Oui [ ]  Nonb) Cette cour est-elle clôturée ? [ ]  Oui [ ]  Nonc) Avez-vous une piscine? [ ]  Oui [ ]  Non Précisez :      d) Avez-vous un spa ? [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Indiquez par rapport au logement principal :**1. Nombre de détecteurs de fumée :
2. Nombre de détecteurs de monoxyde de carbone :
3. Nombre d’extincteurs :
4. Présence d’animaux, précisez :
 |

**Chambres à coucher**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type(individuelle,à partager) | Grandeur  | Emplacement (à quel étage) | Fenêtre donnant sur l’extérieur  | Liste du mobilier disponible  |
|   |       pi² |       |       pi² |       |
|       |       pi² |       |       pi² |       |

**Caractéristiques de la communauté**

|  |  |
| --- | --- |
| * transport en commun*[ ]*
* parc [ ]
* piscine [ ]
* terrain de jeux [ ]
* aréna [ ]
* maison de jeunes [ ]
* CLSC [ ]
* CH*[ ]*
 | * école primaire [ ]
* école secondaire [ ]
* garderie [ ]
* centre de la petite enfance [ ]
* centre de loisirs [ ]
* clinique médicale [ ]
* bibliothèque [ ]
* maison de la famille [ ]
* autres ?
 |

|  |
| --- |
| A quelle(s) commission(s) scolaire(s) l’enfant ou les enfants aurait (ent) -il(s) accès ?  |
| A quelle(s) école(s) :Primaire :      Secondaire :       |

Frais médicaux

Si des frais étaient exigés de la part d’un ou des médecins concernant la demande de renseignements médicaux, j’accepte d’en assumer les frais.

Signature postulant 1 : date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature postulant 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je m’engage :

* à contracter et à maintenir une assurance habitation et une assurance civile générale et professionnelle.
* à suivre la formation RCR/Secourisme et maintenir ma certification à jour.
* à fournir un milieu de vie qui respecte les dispositions prévues à la Loi sur le bâtiment ainsi que les lois et règlements en matière de sécurité incendie.
* à compléter les démarches relatives aux antécédents judiciaires qui vous seront demandées en cours d’évaluation.
* à participer aux activités de formation offertes par le comité local de formation.

Signature postulant 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature postulant 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J’autorise :

* le CISSS de Laval (entre jeunesse de Laval) à communiquer avec les gens de mon entourage, les garderies ou milieux scolaires de mes enfants ainsi qu’avec mon employeur afin d’obtenir des renseignements pertinents à mon évaluation à titre de ressource de type familial.
* le(s) médecins(s), l’(es) établissement(s) de santé et de services sociaux, mon employeur, la (les) garderie (s) et l’(es) école(s) qui détient(nent) à mon endroit des dossiers et renseignements, à communiquer tous ces renseignements au CISSS de Laval (centre jeunesse de Laval).

Signature postulant 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature postulant 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**J’autorise :**

* Le CISSS de Laval (centre jeunesse de Laval) à vérifier et à recevoir tout renseignement nécessaire à la vérification de la déclaration sur mes antécédents judiciaires et je comprends que toute fausse déclaration ou tout refus de remplir la déclaration relative aux antécédents judicaires entraînerait le rejet de ma candidature.

Signature postulant 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature postulant 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de tout autre adulte résidant au domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la personne :

Lien avec le ou les postulants :

Signature : date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la personne :

Lien avec le ou les postulants :

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la personne :

Lien avec le ou les postulants :

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_