**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 de  Père Mère | | Adopté de Père Mère | Placé à votre charge à titre de famille d’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  □ Oui  Durée: | | □ Non  □ Oui  Durée: | |

|  |
| --- |
| 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 □ Non  Sinon, existe-t-il un problème de fertilité? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Actuellement, suivez-vous des traitements en clinique de fertilité? □ Oui □ Non  Si 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 □ Non de 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 plus  Préférence : | |
| 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)** | |
| Alcool  Précisez : | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Drogues  Précisez : | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Médicaments sous ordonnance  Précisez : | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Médicaments autres que sous ordonnance  Précisez : | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Jeux de hasard et d’argent  Précisez : | 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  Non  Montant de la protection :      $ Nom de la compagnie d’assurance :  Possédez-vous une résidence secondaire (chalet, roulotte, etc.)  Oui  Non  Précisez : |
| **Est-ce que le logement principal comprend :**  a) Une salle de séjour (salon)?  Oui  Non  b) Une salle de bain complète ?  Oui  Non  c) Une toilette supplémentaire ?  Oui  Non  d) Une sortie autre que l’entrée principale ?  Oui  Non  e) Un foyer ?  Oui  Non Précisez :  f) Des margelles?  Oui  Non  g) 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  Non   1. Est-ce que vos médicaments sont hors de portée   des enfants ?  Oui  Non |
| a) Avez-vous accès à une cour extérieure ?  Oui  Non  b) Cette cour est-elle clôturée ?  Oui  Non  c) 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_