

FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA FAMILLE



Conseil d'adoption du Canada
#210 - 211, av. Bronson
Ottawa (Ontario) K1R 6H5

FORMULAIRE N°

--	--	--	--	--	--

Le Programme les enfants du Canada en attente est un programme de recrutement national d'enfants créé par le Conseil d'adoption du Canada pour recruter des familles pour les 22 000 enfants et plus du Canada qui attendent une famille permanente. Tous les enfants présentés dans le dossier de présentation Les enfants du Canada en attente et sur le site Web se trouvent à la garde des agences publiques.

Les familles enregistrées recevront à chaque trimestre des profils et de l'information mise à jour sur les enfants présentés au programme. Le site Web est mis à jour dès qu'on reçoit de la nouvelle information. Il y a des frais d'inscription de 25 \$ pour s'inscrire au programme pendant un an et des frais de renouvellement de 15 \$ par la suite.

INFORMATION DES DEMANDEURS

DEMANDEUR 1				DEMANDEUR 2			
NOM DE FAMILLE				NOM DE FAMILLE			
PRÉNOM		INITIALE(S)		PRÉNOM		INITIALE(S)	
SEXE <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME				SEXE <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME			
DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	JJ	MM	AAAA	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	JJ	MM	AAAA
LANGUE(S) PARLÉE(S) (VEUILLEZ COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> AUTRE(S) (VEUILLEZ SPÉCIFIER)				LANGUE(S) PARLÉE(S) (VEUILLEZ COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> AUTRE(S) (VEUILLEZ SPÉCIFIER)			
STATUT <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> ÉPOUX ET ÉPOUSE <input type="checkbox"/> CONJOINTS DE FAIT <input type="checkbox"/> PARTENAIRES DE MÊME SEXE <input type="checkbox"/> AUTRE(S) (VEUILLEZ SPÉCIFIER)				STATUT <input type="checkbox"/> ÉPOUX ET ÉPOUSE <input type="checkbox"/> CONJOINTS DE FAIT <input type="checkbox"/> PARTENAIRES DE MÊME SEXE <input type="checkbox"/> AUTRE(S) (VEUILLEZ SPÉCIFIER)			
RELIGION (VEUILLEZ INDIQUER UNE SEULE DÉNOMINATION OU RELIGION)				RELIGION (VEUILLEZ INDIQUER UNE SEULE DÉNOMINATION OU RELIGION)			
ADRESSE POSTALE À LA MAISON				INFORMATION CONTACT			
ADRESSE DU DOMICILE				TÉLÉPHONE RÉSIDENTIEL			
VILLE				TÉLÉPHONE TRAVAIL (1)		TÉLÉPHONE TRAVAIL (2)	
PROVINCE				COURRIEL (DEMANDEUR 1)			
CODE POSTAL				COURRIEL (DEMANDEUR 2)			

INFORMATION DES DEMANDEURS (SUITE)

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
<p>GRUPE AUTOCHTONE (S'IL Y A LIEU, QUELLE DÉCLARATION SUIVANTE VOUS DÉCRIT LE MIEUX ?)</p> <p><input type="checkbox"/> PREMIÈRES NATIONS</p> <p><input type="checkbox"/> MÉTIS</p> <p><input type="checkbox"/> INUIT</p> <p><input type="checkbox"/> INSCRIT</p>	<p>GRUPE AUTOCHTONE (S'IL Y A LIEU, QUELLE DÉCLARATION SUIVANTE VOUS DÉCRIT LE MIEUX ?)</p> <p><input type="checkbox"/> PREMIÈRES NATIONS</p> <p><input type="checkbox"/> MÉTIS</p> <p><input type="checkbox"/> INUIT</p> <p><input type="checkbox"/> INSCRIT</p>
<p>MEMBRE D'UNE BANDE/D'UNE PREMIÈRE NATION (SI VOUS ÊTES MEMBRE D'UNE BANDE/D'UNE PREMIÈRE NATION, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM DE LA BANDE/ DE LA PREMIÈRE NATION)</p>	
<p>IDENTITÉ ETHNIQUE ET CULTURELLE (VEUILLEZ INDIQUER LE(S) GROUPE(S) D'ORIGINE QUI VOUS IDENTIFIE(NT) LE MIEUX. PAR EXEMPLE : CANADIEN, CANADIEN-FRANÇAIS, CHINOIS, INDES ORIENTALES, CORÉEN, JAMAÏQUAIN, UKRAINIEN, HOLLANDAIS, ALLEMAND, ETC.)</p>	

AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE

VEUILLEZ FOURNIR DE L'INFORMATION SUR TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE. SI UN ENFANT EST ADOPTÉ, VEUILLEZ L'INDIQUER. S'IL Y A DES ENFANTS D'ÂGE 'ADULTE' DEMEURANT À L'EXTÉRIEUR DE LA MAISON FAMILIALE, VEUILLEZ L'INDIQUER.

NOM COMPLET	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	GRUPE ETHNIQUE/ RACIAL	RELATION PAR RAPPORT AUX DEMANDEURS

INFORMATION D'INSCRIPTION

FRAIS D'INSCRIPTION 25 \$

FRAIS DE RENOUELEMENT 15 \$

VEUILLEZ LIBELLER LES CHÈQUES À L'ORDRE DU **CONSEIL D'ADOPTION DU CANADA** ET RETOURNER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU :

CONSEIL D'ADOPTION DU CANADA
211 AVENUE BRONSON, PIÈCE 210,
OTTAWA, ON K1R 6H5

CHÈQUE
 MANDAT POSTE
 VISA
 AMEX
 MASTERCARD

NOM SUR LA CARTE

NUMÉRO DE CARTE DE CRÉDIT

DATE D'EXPIRATION (MM/AA)

SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE CARTE

INFORMATION SUR L'ENFANT

DANS CETTE SECTION, VEUILLEZ NOUS DIRE CE QUE VOUS RECHERCHEZ CHEZ UN OU PLUSIEURS ENFANTS

SEXE DE CHOIX DE L'ENFANT AUCUNE PRÉF. GARÇON FILLE

ÉCHELLE D'ÂGE DE CHOIX POUR L'ENFANT LE PLUS JEUNE _____ LE PLUS VIEUX _____

CONSIDÉRERIEZ-VOUS UN GROUPE DE FRÈRES ET/OU SOEURS ? NON OUI MAXIMUM _____ ENFANTS

CONSIDÉRERIEZ-VOUS UN ENFANT D'UNE ORIGINE RACIALE DIFFÉRENTE DE LA VÔTRE ? OUI NON

CONSIDÉRERIEZ-VOUS UN ENFANT AYANT PEU OU AUCUNS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ? OUI NON

SERIEZ-VOUS PRÊT(E) À CONSIDÉRER DEVENIR UNE FAMILLE D'ACCUEIL DANS LE BUT D'ADOPTER ? OUI NON

CONSIDÉRERIEZ-VOUS UN ENFANT À RISQUE JURIDIQUE ?
(LORSQUE LES DROITS PARENTAUX N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ RÉSILIÉS) OUI NON

SERIEZ-VOUS CONFORTABLE SI L'ENFANT GARDAIT CONTACT AVEC LES PERSONNES
IMPORTANTES DE SON PASSÉ ? (FRÈRES ET SOEURS, GRANDS-PARENTS, PARENTS D'ACCUEIL, ETC.) OUI NON

VEUILLEZ COCHER TOUTES LES CARACTÉRISTIQUES APPLICABLES POUR L'ENFANT QUE VOUS ET VOTRE FAMILLE SERIEZ PRÊTS À ACCEPTER :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MALVOYANT | <input type="checkbox"/> ÉPILEPSIE |
| <input type="checkbox"/> MALENTENDANT | <input type="checkbox"/> EXPOSITION À L'ALCOOL AVANT LA NAISSANCE |
| <input type="checkbox"/> PROBLÈME CARDIAQUE | <input type="checkbox"/> EXPOSITION AUX DROGUES AVANT LA NAISSANCE |
| <input type="checkbox"/> MONGOLISME | <input type="checkbox"/> EXIGE UNE ÉDUCATION SPÉCIALISÉE |
| <input type="checkbox"/> PROBLÈMES DE MOBILITÉ | <input type="checkbox"/> RETARD DE LANGAGE |
| <input type="checkbox"/> PARALYSIE CÉRÉBRALE | <input type="checkbox"/> COMPORTEMENTS AUTISTIQUES |
| <input type="checkbox"/> MALADIE MENTALE DANS LA FAMILLE BIOLOGIQUE | <input type="checkbox"/> SPINA BIFIDA |
| <input type="checkbox"/> PROBLÈME DE DÉVELOPPEMENT DES PARENTS BIOLOGIQUES | <input type="checkbox"/> HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION |
| <input type="checkbox"/> MALADIE GRAVE (PAR EX. LA FIBROSE KYSTIQUE) | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> RETARDS DU DÉVELOPPEMENT (FAIBLES) | <input type="checkbox"/> HANDICAP POUVANT SE CORRIGER MÉDICALEMENT (PAR EX. FISSURE PALATINE) |
| <input type="checkbox"/> RETARDS DU DÉVELOPPEMENT (MODÉRÉS À GRAVES) | <input type="checkbox"/> HÉPATITE |
| | <input type="checkbox"/> PROBLÈME D'APPRENTISSAGE |

UN ENFANT QUI POURRAIT PRÉSENTER L'UN DES COMPORTEMENTS SUIVANTS :

- DESTRUCTEUR
- AGRESSION
- ABSENTÉISME SCOLAIRE
- FUGUE
- TROUBLES ALIMENTAIRES
- FUMER
- VOL
- ACTIVITÉS SEXUELLES
- ACCÈS DE COLÈRE

LES ENFANTS DU CANADA EN ATTENTE

SI VOUS DÉSIREZ EXPRIMER UN INTÉRÊT À TITRE DE FAMILLE POSSIBLE POUR L'UN OU L'AUTRES DES ENFANTS PRÉSENTÉS DANS LE DOSSIER DE PRÉSENTATION OU SUR LE SITE WEB, VEUILLEZ INDIQUER LE NOM ET LE NUMÉRO D'INSCRIPTION.

VOUS DEVEZ ÊTRE INSCRIT(E) AU PROGRAMME POUR INDIQUER VOTRE INTÉRÊT.

NOM DE L'ENFANT	NUMÉRO D'INSCRIPTION	NOM DE L'ENFANT	NUMÉRO D'INSCRIPTION

INFORMATION SUR L'ÉTUDE DE FOYER ET SUR LA DEMANDE D'ADOPTION

POURQUOI CONSIDÉREZ-VOUS L'ADOPTION (AU BESOIN, AJOUTEZ UNE AUTRE FEUILLE)

AVEZ-VOUS VÉCU DES EXPÉRIENCES QUI POURRAIENT VOUS PRÉPARER À L'ADOPTION ? PAR EXEMPLE, INDIQUEZ SI VOUS OU SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÉLARGIE A ADOPTÉ OU EST ADOPTÉ(E). AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ PARENT D'UNE FAMILLE D'ACCUEIL ?

QUELLES QUALITÉS DE VOTRE MÉNAGE SERAIENT D'UNE IMPORTANCE PARTICULIÈRE POUR UNE ADOPTION ?

AVEZ-VOUS COMMENCÉ LES DÉMARCHES POUR OBTENIR UNE ÉTUDE DE FOYER ?

(SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM, L'ADRESSE ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TRAVAILLEUR SOCIAL/DE LA TRAVAILLEUSE SOCIALE RESPONSABLE DE L'ÉTUDE DE FOYER ET LA DATE À LAQUELLE ELLE SERA TERMINÉE (OU UNE ESTIMATION DE LA DATE).

- NON
 OUI, DEMANDE PRÉSENTÉE OU ATTEND L'ÉTUDE DE FOYER
 OUI, ÉTUDE DE FOYER EN COURS
 OUI, ÉTUDE DE FOYER TERMINÉE - DATE (JJ/MM/AA)

NOM DU TRAVAILLEUR SOCIAL/TRAVAILLEUSE SOCIALE

NOM DE L'AGENCE

N° DE TÉLÉPHONE

JOIGNEZ-VOUS UNE COPIE DE VOTRE ÉTUDE DE FOYER OU PROFIL ?

DANS LA PLUPART DES CAS, CELA ACCÉLÉRERA LA DÉMARCHE

- OUI
 NON

AUTHORIZATION

J'ACCORDE/NOUS ACCORDONS AU CONSEIL D'ADOPTION DU CANADA LA PERMISSION D'ACHEMINER L'INFORMATION CONTENUE DANS CE FORMULAIRE À L'AGENCE APPROPRIÉE DE BIEN ÊTRE DE L'ENFANCE DE TOUT ENFANT OU TOUS ENFANTS POUR LEQUEL/LÉSQUELS J'AI/NOUS AVONS EXPRIMÉ DE L'INTÉRÊT

REMARQUE : TOUS LES DEMANDEURS DOIVENT SIGNER

SIGNATURE DU DEMANDEUR 1

SIGNATURE DU DEMANDEUR 2 (S'IL Y A LIEU)

DATE (JJ/MM/AA)

DATE (JJ/MM/AA)