



*Le Centre jeunesse
Gaspésie/Les Îles*

SERVICE ADOPTION/POST ADOPTION

FICHE D'INSCRIPTION
POUR LA PERSONNE ADOPTÉE, NON-ADOPTÉE
DE PLUS DE 14 ANS

IDENTIFICATION

NOM ET PRÉNOM DU REQUÉRANT(E): _____

DATE DE NAISSANCE: _____

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____

TEL. MAISON: _____

TEL. TRAVAIL: _____

TEL. CELLULAIRE: _____

ADRESSE E-MAIL: _____

NOM ET PRÉNOM DU CONJOINT(E) (S'IL Y A LIEU): _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

NOM À LA NAISSANCE (SI CONNU): _____

NUMÉRO DE DOSSIER (SI CONNU): _____

NOM ET PRÉNOM APRÈS L'ADOPTION (S'IL Y A LIEU) : _____

LIEU DE NAISSANCE (SI CONNU): _____

NOM ET PRÉNOM DES PARENTS ADOPTIFS: _____

LIEU DE RÉSIDENCE DES PARENTS ADOPTIFS LORS DE L'ADOPTION:

OBJET DE LA DEMANDE:

1. JE DÉSIRES SEULEMENT MES ANTÉCÉDENTS SOCIOBIOLOGIQUES: OUI: _____ NON: _____

2. JE DÉSIRES RECEVOIR MES ANTÉCÉDENTS SOCIOBIOLOGIQUES ET QUE LE CENTRE JEUNESSE INFORME MA MÈRE QUE JE DÉSIRES LA RETROUVER: OUI : _____ NON: _____

3. JE DÉSIRES RECEVOIR MES ANTÉCÉDENTS SOCIOBIOLOGIQUES ET QUE LE CENTRE JEUNESSE INFORME MON PÈRE QUE JE SOUHAITE LE RETROUVER.

OUI: _____ NON: _____

4. JE DÉSIRES RECEVOIR MES ANTÉCÉDENTS SOCIOBIOLOGIQUES ET RETROUVER MES PARENTS BIOLOGIQUES, S'ILS EN FAISAIENT LA DEMANDE SEULEMENT (CONCORDANCE):

OUI: _____ NON: _____

5. JE DÉSIRES QUE LE CENTRE JEUNESSE M'INFORME SI L'UN OU L'AUTRE DE MES PARENTS BIOLOGIQUES FAISAIT ULTÉRIEUREMENT LA DEMANDE DE ME RENCONTRER:

OUI: _____ NON: _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

SI VOUS CROYEZ AVOIR ÉTÉ ADOPTÉ EN PRIVÉ OU TOUTE AUTRE INFORMATION QUE VOUS POSSÉDEZ ET QUI CONCERNE VOTRE ADOPTION OU VOS PARENTS BIOLOGIQUES, VEUILLEZ L'INSCRIRE: _____

DATE: _____

SIGNATURE: _____

S.V.P. JOINDRE UNE COPIE DE DEUX PIÈCES D'IDENTITÉ (CARTE D'ASSURANCE MALADIE, PERMIS DE CONDUIRE OU AUTRE) ET RETOURNER LE TOUT DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE. INDIQUER LE NOM D'UNE PERSONNE À CONTACTER SI DIFFICULTÉ À VOUS REJOINDRE. NOUS AVISER DE TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE.

**CONSENTEMENT AUX FINS DE TRANSMISSION
DE RENSEIGNEMENTS EN CAS DE DÉCÈS
D'UNE PERSONNE ADOPTÉE OU NON ADOPTÉE**

ADVENANT QUE MON DÉCÈS SURVIENNE AVANT LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE D'ANTÉCÉDENTS SOCIOBIOLOGIQUES ET SI MA MÈRE _____, MON PÈRE _____ DEMANDENT À ME CONNAÎTRE,

OU,

ADVENANT QUE MON DÉCÈS SURVIENNE AVANT LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE RETROUVAILLES ET SI MA MÈRE _____, MON PÈRE _____ SOUHAITE(NT) ME RENCONTRER,

JE CONSENS À CE QUE MON IDENTITÉ (NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE), SOIT TRANSMISE À MES PARENTS BIOLOGIQUES : OUI _____ NON _____

DANS L'AFFIRMATIVE, SI MES PARENTS MANIFESTENT LE DÉSIR DE CONNAÎTRE D'AUTRES MEMBRES DE MA FAMILLE, J'AUTORISE ET J'AFFIRME QUE LES PERSONNES IDENTIFIÉES CI-DESSOUS SONT AU COURANT ET D'ACCORD POUR QUE LEUR IDENTITÉ SOIT RÉVÉLÉE.

NOM _____ DATE DE NAISSANCE _____

NOM DU CONJOINT(E) (S'IL Y A LIEU): _____

LIEN DE PARENTÉ: _____

ADRESSE: _____ CODE POSTAL: _____

NO. TELEPHONE: _____

NOM _____ DATE DE NAISSANCE _____

NOM DU CONJOINT(E) (S'IL Y A LIEU): _____

LIEN DE PARENTÉ: _____

ADRESSE: _____ CODE POSTAL: _____

NO. TELEPHONE: _____

EN TOUT TEMPS, JE ME RÉSERVE LE DROIT DE RÉVOQUER OU DE MODIFIER PAR ÉCRIT LE PRÉSENT CONSENTEMENT.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____

CE _____ IÈME JOUR DE _____ 20____

SIGNATURE

TÉMOIN OBLIGATOIRE

NOM, PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE DU TÉMOIN: _____

ADRESSE DU TÉMOIN: _____