



Social Development
Développement social

REGISTRATION BY ADOPTED ADULT INSCRIPTION PAR UN ADULTE ADOPTÉ

Surname / Nom _____ Given Names / Prénoms _____

Mailing Address / Adresse postale _____

Email / Courriel _____ Postal code / Code postal _____

Telephone Home / Téléphone à domicile _____ Business / Bureau _____

Your full adoptive name / Votre nom adoptif au complet _____

Date of Birth / Date de naissance _____ Place of Birth / Lieu de naissance _____

Full name(s) of adoptive parent(s) at time of adoption and DATE OF BIRTH if known / Nom au complet du ou des parents adoptifs au moment de l'adoption et DATE DE NAISSANCE si connue
Mr./M.: _____ DOB/date de naissance : _____
Mrs./Mlle : _____ DOB/date de naissance : _____

Place of residence of adoptive parents (at time of adoption) / Lieu où résidaient les parents adoptifs (au moment de l'adoption)

Please check the appropriate boxes / Ne cocher que les cases qui s'applique

I request non-identifying background information on my birth family (information that was gathered at the time of adoption, *not* current information):

Yes No

Je désire recevoir des renseignements non identificateurs au sujet de ma famille biologique (informations recueillies au moment de l'adoption et non pas des informations à jour).

Oui Non

I request an active search for : (check one only)

Birth Mother Birth Father Brother Sister

Je demande une recherche pour: (cochez une case seulement)

mère biologique père biologique frère sœur

I do not request an active search but want to be contacted if any of the following birth relatives should register:

Birth Mother Birth Father Brother Sister

Je ne demande pas de recherche mais je veux qu'on communique avec moi si le ou les personnes suivantes de ma famille biologique s'inscrivent :

mère biologique père biologique frère sœur

PLEASE READ THE FOLLOWING CAREFULLY

I hereby acknowledge and accept that the sharing of identifying information will not occur unless both parties have signed a consent to the disclosure of identifying information.

I understand that should I wish to remove my name from the Register or make changes to my name and/or address, I must do so in writing to the Post Adoption Disclosure Register.

VEUILLEZ BIEN LIRE LES ÉNONCÉS SUIVANTS

Je reconnais et accepte le fait que les renseignements identificateurs ne seront transmis que si l'autre personne accepte également de compléter un formulaire de consentement de divulgation de renseignements identificateurs.

Si je désire retirer mon nom du registre ou modifier mon nom et/ou adresse, je dois en informer par écrit au registre pour la divulgation de renseignements après adoption.

Signature of Registrant: _____

Signature de la personne qui s'inscrit : _____

Date: _____

Date : _____

RETURN TO :
POST ADOPTION DISCLOSURE SERVICES
DEPARTMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT
P. O. BOX 6000, FREDERICTON, N.B. CANADA E3B 5H1
FAX: (506) 453-2152

RETOURNEZ AU:
REGISTRE POUR LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS APRÈS L'ADOPTION
MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
C.P. 6000, FREDERICTON, N.-B. CANADA E3B 5H1
TÉLÉCOPIEUR (506) 453-2152