

Demande d'enregistrement ou
d'annulation d'un veto à la divulgation
ou de modification d'une acceptation
limitée et déclaration par écrit



Ministère du Développement social

SERVICES DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS APRÈS L'ADOPTION

Les renseignements recueillis au moyen du présent formulaire le sont en vertu de la *Loi sur les services à la famille*. L'obtention des renseignements nous permettra de satisfaire aux exigences de la *Loi sur les services à la famille* aux fins de la divulgation de renseignements d'adoption.

Pour toutes questions, composer le 1-844-851-0999 (numéro sans frais au Canada et aux États-Unis)

Courriel: postadoptionsservices@gnb.ca

Veillez poster votre formulaire rempli à : Services de divulgation de renseignements après l'adoption Ministère du Développement social C.P. 6000 Fredericton N.-B. Canada E3B 5H1	<i>Réservé à l'usage du bureau</i> Date de réception
--	---

Vous devez fournir une copie lisible de deux pièces d'identité gouvernementales valides à votre demande (p. ex. permis de conduire). Les pièces d'identité photocopiées doivent être authentifiées et signées par un témoin (voir la partie 4 des directives). Si la copie n'est pas lisible, votre formulaire de veto à la divulgation pourrait vous être retourné. Les parents biologiques doivent remplir et signer un formulaire distinct de veto pour chaque enfant placé en adoption.

Prière de noter : La partie 3 de la déclaration par écrit est **facultative** et ne constitue pas une exigence du formulaire de veto à la divulgation.

PARTIE 1

Section A – Renseignements sur le demandeur			
Prénom	Second(s) prénom(s)	Nom de famille actuel	
Noms antérieurs (s'il y a lieu)			
Date de naissance Année/Mois/Jour	Je suis : l'adopté _____ la mère biologique _____ le père biologique _____		
Adresse postale : numéro d'appartement/numéro de la voirie et nom de la rue			
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code ZIP
Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail Indicatif du pays ()	Numéro de cellulaire Indicatif du pays ()	

Indicatif du pays () () ()			
Adresse électronique			
Section B : Renseignements au sujet de la naissance et de l'adoption			
Veuillez remplir les sections ci-dessous si vous êtes le parent biologique .		Veuillez remplir les sections ci-dessous si vous êtes l'adopté .	
Nom complet de l'enfant à la naissance (s'il est connu) :		Nom complet de l'adopté :	
Date de naissance de l'enfant; Année/Mois/Jour	Lieu de naissance de l'enfant	Date de naissance de l'adopté Année/Mois/Jour	Lieu de naissance de l'adopté
Nom complet de la mère biologique au moment de la naissance de l'enfant (s'il est connu)		Nom complet du parent adoptif et date de naissance	
Nom complet du père biologique au moment de la naissance de l'enfant (s'il est connu)		Nom complet du parent adoptif et date de naissance (s'il y a lieu)	
Numéro de l'enregistrement de naissance : (du certificat de naissance)		Numéro de l'enregistrement de naissance : (du certificat de naissance)	

PARTIE 2

Section C : Service demandé
<input type="checkbox"/> Enregistrement d'un veto à la divulgation (seulement dans le cas des adoptions finalisées avant le 1 ^{er} avril 2018) <input type="checkbox"/> Annulation d'un veto à la divulgation <input type="checkbox"/> Enregistrement d'une acceptation limitée de prise de contact <input type="checkbox"/> Annulation ou modification d'une acceptation limitée de prise de contact
Date du veto à la divulgation/de l'acceptation limitée de prise de contact précédemment soumis (si elle est connue) :
Renseignements supplémentaires (partie 3 du présent formulaire) : J'ai inclus une déclaration par écrit fournissant des renseignements supplémentaires <input type="checkbox"/> sur les raisons de la non-divulgation; <input type="checkbox"/> autres renseignements non identifiants personnels, sociaux ou familiaux <input type="checkbox"/> antécédents médicaux OU <input type="checkbox"/> Je n'ai pas inclus d'autres renseignements.

Section D. Acceptation limitée de prise de contact – préciser le type de contact souhaité.

Aucun contact <input type="checkbox"/>	Me contacter à ce numéro de téléphone : ()	Me contacter à cette adresse électronique :
Autre mode de contact (p. ex. en personne)		

Déclaration

En cochant la case ‘Enregistrement d’un veto à la divulgation’ ou ‘Annulation d’un veto à la divulgation’ dans la partie 2 de ce formulaire et en apposant ma signature, je comprends et reconnais que :

- Aucun renseignement identifiant à mon sujet ne sera partagé avec une tierce personne.
- Mon veto à la divulgation ne sera plus valide un an après mon décès.

En cochant la case « Enregistrement d’une acceptation limitée de prise de contact » ou « Annulation ou modification d’une acceptation limitée de prise de contact » dans le partie 2 de ce formulaire et en apposant ma signature, je comprends et reconnais que :

- a) L’autre personne sera informée si je veux être contacté et si oui, de quelle façon. Mon acceptation limitée de prise de contact n’empêche pas que mon nom et autres renseignements identifiants ne soient partagés. Le ministère du Développement social ne divulguera pas mon nom et d’autres renseignements identifiants à moins que l’autre personne ne signe une entente visant l’observation des conditions de mon acceptation limitée de prise de contact.
- b) Le Registre de divulgation de renseignements après l’adoption ne peut garantir que l’autre personne observera les conditions de mon acceptation limitée de prise de contact.
- c) Je peux modifier ou annuler mon acceptation limitée de prise de contact en soumettant un nouveau formulaire en tout temps. Si je mets fin à mon acceptation limitée de prise de contact ou que je l’annule, le Registre de divulgation de renseignements après l’adoption communiquera avec les autres parties appropriées.
- d) Mon acceptation limitée de prise de contact ne sera plus valide après mon décès.
- e) Je peux fournir volontairement par écrit des renseignements sur mes antécédents médicaux et ma situation sociale ou familiale actuelle, que le Registre de divulgation des renseignements après l’adoption peut communiquer aux personnes que j’identifie.

Signature

Date

Signature du témoin

Date

Si les renseignements à votre sujet changent, veuillez communiquer avec les Services de divulgation de renseignements après l'adoption afin de mettre à jour votre dossier.

Pièces d'identité incluses : Permis de conduire Passeport Certificat de naissance
 Autre

* Rappelez-vous qu'un témoin doit attester l'authenticité de vos pièces d'identité photocopiées.

PARTIE 3

Déclaration écrite facultative

Prière de noter : La présente déclaration est facultative et n'est pas nécessaire pour la soumission de ce document.

- Ne pas inclure de renseignements que vous ne souhaitez pas divulguer dans la déclaration.
- Lorsque votre veto à la divulgation sera en vigueur, la personne demandant une copie d'un document sera avisée qu'un veto à la divulgation a été déposé et les Services de divulgation après l'adoption du Nouveau-Brunswick fourniront à l'intéressé cette déclaration par écrit ayant été fournie avec le veto à la divulgation.

Veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour préciser les raisons pour lesquelles vous ne voulez pas que les renseignements identifiants à votre sujet soient divulgués.

Antécédents médicaux (la liste n'est pas exhaustive)

La présente section est facultative et est considérée comme une partie de votre déclaration par écrit.

Lorsque vous remplirez cette section, vous pourriez souhaiter signaler

- si vous avez souffert vous-même du problème médical ou si un membre de votre famille immédiate ou un autre proche en a souffert;
- l'âge de l'intéressé au moment de l'apparition du problème médical;
- tout autre renseignement médical que vous souhaitez communiquer.

- Anomalies congénitales** (bec-de-lièvre/fente palatine, pied bot, anomalie cardiaque, paralysie cérébrale, syndrome de Down).
- Problèmes osseux/musculaires** (arthrite/rhumatisme, ostéoporose, problème au genou/à la hanche, scoliose, spina-bifida, dystrophie musculaire, lupus).
- Antécédents à la poitrine** (cancer, lumpectomie, mastectomie, fibrose kystique).
- Cancer** (types et traitements, âge à l'apparition, partie du corps).
- Problèmes dentaires.**
- Retards de développement** (type, diagnostic, hospitalisation, type/niveau d'éducation, médicament utilisé).
- Diabète** (type 1, type 2, âge à l'apparition, médicament utilisé).
- Problèmes gastro-intestinaux** (colite, maladie de Crohn, côlon irritable, gastrite, ulcères, reflux acide).
- Problèmes cardiaques et sanguins** (anévrisme, varices, souffle cardiaque, hypertension, accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, problèmes d'obstruction/caillots, angine de poitrine, phlébite, anémie, problèmes liés au cholestérol).
- Maladies/problèmes héréditaires** (hémophilie, problèmes de la glande thyroïde, galactosémie, maladie de Huntington, anémie drépanocytaire).
- Maladie pulmonaire** (type).
- Problèmes de santé mentale** (dépression, dépression bipolaire, troubles anxieux, schizophrénie et autres problèmes psychotiques, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation).
- Troubles neurologiques** (maladie de Lou Gehrig/SLA, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, paralysie cérébrale, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer/démence, épilepsie/crises, maladie de Tay Sachs, syndrome de Gilles de la Tourette, troubles du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité).
- Problèmes de l'appareil reproducteur** (cancer du col de l'utérus, cancer de l'ovaire, endométriose, syndrome des ovaires polykystiques, infections aux levures, verrues génitales, troubles menstruels, dysfonction érectile, troubles de la prostate, cancer de la prostate, cryptorchidie, hypertrophie bénigne de la prostate).
- Problèmes du système respiratoire** (allergies, rhume des foins, asthme, sinusite, tuberculose, emphysème, fibrose kystique).
- Fièvre rhumatismale** (souffle cardiaque).
- Troubles des organes sensoriels** (cécité, myopie/hypermétropie, astigmatisme, porte de lunettes/verres de contact, daltonisme/cécité nocturne, glaucome, cataractes, surdité, personne malentendante, infections d'oreilles).
- Infections transmissibles sexuellement** (gonorrhée, syphilis, herpès, VIH, sida).
- Problèmes cutanés** (acné, verrues, psoriasis, eczéma, calvitie, cancer).

- Toxicomanie/abus d'alcool ou d'autres drogues** (alcool, tabac, marijuana, barbituriques, amphétamines, hallucinogènes, cocaïne, héroïne, médicaments sur ordonnance, tranquillisants).
- Syndrome de mort subite du nourrisson.**
- Problèmes de l'appareil urinaire** (maladie du rein, infection de la vessie, goutte, calculs rénaux, troubles hépatiques, troubles pancréatiques, cancer de la vessie).

Mère biologique seulement

- **Antécédents généraux en fait de menstruations et de grossesse** (âge des premières menstruations, anxiété, dépression post-partum, nombre de grossesses antérieures).
- **Problèmes médicaux durant la grossesse avec l'enfant biologique** (rubéole, maladies transmises sexuellement, virus, toxémie, infections, accidents, anémie, diabète).
- **Grossesse et accouchement de l'enfant biologique** (naissance à terme, âge au moment de la grossesse, soins prénatals, complications, naissances simples/multiples, durée du travail, accouchement naturel/par césarienne, forceps, type sanguin du parent biologique, facteur Rh de la mère).

Veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour faire part des antécédents médicaux à inclure avec la déclaration par écrit.

Partie 4

Renseignements au sujet du témoin

VEUILLEZ NOTER : L'OMISSION DE L'AUTHEMIFICATION DE VOS PIÈCES D'IDENTITÉ PHOTOCOPIÉES PAR UN TÉMOIN EMPÊCHERA LE TRAITEMENT DE VOTRE FORMULAIRE. Pour que votre formulaire soit traité, il doit être accompagné d'une photocopie de DEUX (2) pièces d'identité gouvernementale valide, dont l'une avec photo. Vos pièces d'identité photocopées doivent être authentifiées et signées par un *témoin*. Les commissaires aux serments, les notaires et les professionnels désignés constituent des témoins acceptables.

- On trouvera généralement les notaires dans un cabinet d'avocat.
- On peut trouver un commissaire aux serments dans les bureaux des
 - agents immobiliers ou agents d'assurance générale,
 - comptables professionnels,
 - bureaux de poste ruraux,
 - bureaux municipaux,
 - policiers.

Remarque – Un rendez-vous pourrait être nécessaire et des frais pourraient être perçus pour ce service.

- Le terme *professionnel* désigné comprend les personnes qui suivent aux fins de l'attestation de votre signature à titre de témoin à la partie 1 et de l'authentification de la photocopie de vos pièces d'identité :
 - Dentiste/médecin/chiropraticien/optométriste/psychologue
 - Avocat
 - Prêtre
 - Pharmacien
 - Directeur d'école ou enseignant d'une école primaire ou secondaire
 - Juge/magistrat/policier/agent de la GRC
 - Juge de paix
 - Maître de poste
 - Comptable professionnel titulaire d'un titre
 - Signataire autorisé ou directeur d'une banque, d'une caisse populaire, d'une société de fiducie ou d'une autre institution financière
 - Gestionnaire supérieur, enseignant, professeur d'un collège communautaire ou d'une université
 - Vétérinaire
 - Travailleur social
 - Chef d'une bande des Premières Nations
 - Directeur funéraire
 - Infirmière praticienne/immatriculée
 - Député fédéral
 - Député provincial
 - Fonctionnaire municipal
 - Fonctionnaire d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'un de leurs organismes
 - Agent d'une ambassade ou d'un consulat
 - Ingénieur de profession

***** IMPORTANT :** Votre témoin doit signer et dater la photocopie de vos pièces d'identité. **Il doit également fournir ses coordonnées**, notamment sa profession ou son titre, son lieu de travail, son adresse et un **numéro de téléphone** où il peut être rejoint pendant le jour. Les commissaires aux serments doivent également fournir la date d'expiration de leur mandat.

ission expiry date.