



Children's Aid Society

N I P I S S I N G   A N D   P A R R Y   S O U N D

# Demande de divulgation de renseignements

Personne adoptée, personne confiée aux soins de la Société de façon prolongée ou ancien(ne) client(e)

## PARTIE A : Coordonnées du demandeur ou de la demanderesse

Titre :		
M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	M <sup>lle</sup> <input type="checkbox"/>
Prénom :		Nom du milieu :
Nom de famille actuel :		Nom de jeune fille (ou autre nom de famille) :
Adresse :	Unité :	Case postale
Ville :	Province :	Code postal :
Pays :		
Téléphone (maison/cell.):		Date de naissance :
Langue :		
Nom de l'enfant : (si applicable)		Date de naissance:
Nom de l'enfant : (si applicable)		Date de naissance:
Nom de l'enfant : (si applicable)		Date de naissance:
<b>Note : Les renseignements de cette section sont demandés à des fins de recherche seulement.</b>		
Nom de votre parent :		Date de naissance :
Nom de votre parent :		Date de naissance :
Veuillez décrire les renseignements que vous demandez et les raisons pour lesquelles vous les demandez.		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

Je confirme par la présente avoir la garde légale de l'enfant ou des enfants pour lesquels je demande la divulgation :

Oui (veuillez fournir une copie de l'ordonnance de la cour avec cette demande)

Non

Sans objet

Objet de la demande : Documents de remplacement  Dossier d'un enfant confié aux soins de la Société de façon prolongée

Ancien client

Précisez :

Vérification de dossier

Précisez :

**PARTIE B : Remplir seulement pour les demandes de renseignements concernant une adoption**

Statut :	Personne adoptée <input type="checkbox"/>	Parent biologique <input type="checkbox"/>	Frère ou sœur biologique <input type="checkbox"/>	Parent adoptif <input type="checkbox"/>	Autre membre de la famille biologique <input type="checkbox"/>
Lien de parenté :					
<b>Renseignements connus au sujet de la personne adoptée :</b>					
Sexe :		Masculin : <input type="checkbox"/>	Féminin : <input type="checkbox"/>		
Prénom à la naissance :			Nom du milieu à la naissance :		
Nom de famille à la naissance :			Date de naissance :		
Prénom à la suite de l'adoption :			Nom du milieu à la suite de l'adoption :		
Nom de famille à la suite de l'adoption :			Date de naissance :		
<b>Renseignements connus au sujet des parents</b>					
Prénom de la mère biologique :			Nom du milieu de la mère biologique :		
Nom de famille ou nom de jeune fille de la mère biologique :			Date de naissance :		
Prénom du père biologique :			Nom du milieu du père biologique :		
Nom de famille du père biologique :			Date de naissance :		
Prénom de la mère adoptive :			Nom du milieu de la mère adoptive :		
Nom de famille ou nom de jeune fille de la mère adoptive :			Date de naissance :		
Prénom du père adoptif :			Nom du milieu du père adoptif :		
Nom de famille du père adoptif :			Date de naissance :		
Veuillez décrire les renseignements demandés :					

Ce formulaire sert à demander à la Société d'aide à l'enfance du district de Nipissing et Parry Sound des renseignements ne permettant pas d'identifier des personnes. Il est utilisé pour la divulgation de dossiers concernant des personnes adoptées, des personnes confiées aux soins de la Société de façon prolongée ou d'ancien(ne)s client(e)s. Pour obtenir des renseignements permettant d'identifier des personnes concernant une adoption, veuillez communiquer avec Service Ontario au 800-461-2156 ou consulter le site Web [www.ontario.ca](http://www.ontario.ca).

**Documents demandés :**

Antécédents sociaux  Renseignements médicaux  Évaluations  Documents de remplacement   
Tous les dossiers

OU

Je demande des renseignements généraux dans le but d'entrer en contact avec ma famille biologique   
J'aimerais recevoir l'information dans le format suivant :

CD  Clé USB  Courriel  Autre :

**Partie D : Déclaration signée du demandeur ou de la demanderesse  
(Veuillez retourner le formulaire rempli accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité.)**

J'atteste par la présente que les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire de demande sont exacts, pour autant que je sache.

Je comprends qu'en soumettant la présente demande de divulgation et de renseignements à un organisme de bien-être de l'enfance, mes renseignements personnels figurant dans le présent formulaire seront versés dans le système provincial de gestion de l'information, le Réseau d'information pour la protection de l'enfance (RIPE), le jour où ce formulaire sera soumis audit organisme.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (en toutes lettres)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

**À l'usage du bureau seulement**

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir vérifié l'identité de la personne demandant la divulgation de la manière suivante :

Ce formulaire sert à demander à la Société d'aide à l'enfance du district de Nipissing et Parry Sound des renseignements ne permettant pas d'identifier des personnes. Il est utilisé pour la divulgation de dossiers concernant des personnes adoptées, des personnes confiées aux soins de la Société de façon prolongée ou d'ancien(ne)s client(e)s. Pour obtenir des renseignements permettant d'identifier des personnes concernant une adoption, veuillez communiquer avec Service Ontario au 800-461-2156 ou consulter le site Web [www.ontario.ca](http://www.ontario.ca).

# Consentement à la consultation de dossiers du bien-être de l'enfance

Réseau d'information pour la protection de l'enfance

Je,

\_\_\_\_\_ (Nom légal complet tel qu'il est aujourd'hui)

\_\_\_\_\_ Date de naissance (mois/jour/année)

\_\_\_\_\_ Autres noms (y compris le nom à la naissance ou le nom à la suite d'un mariage)

résidant au :

\_\_\_\_\_ (Adresse actuelle)

Par la présente, je consens à ce qu'une recherche soit effectuée dans les dossiers des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario et à ce que soient examinés et divulgués des renseignements me concernant sous la possession ou le contrôle de ces sociétés d'aide à l'enfance.

Je comprends que certaines sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario utilisent le Réseau d'information pour la protection de l'enfance (RIPE) comme système de gestion de la documentation. Je comprends que lorsqu'un organisme effectuera une recherche de dossiers dans le RIPE, il obtiendra toute la documentation concernant mon implication auprès des sociétés d'aide à l'enfance qui utilisent également le RIPE. Je comprends également que des renseignements au sujet de la demande de vérification des dossiers seront versés dans le RIPE.

Je comprends aussi que la Société d'aide à l'enfance du district de Nipissing et Parry Sound utilise le RIPE actuellement et pourra continuer à le faire, et que des renseignements personnels me concernant seront versés dans le RIPE.

**J'ai joint à ma demande une photocopie d'une pièce d'identité.**

Oui  Non

## Anciens lieux de résidence

J'ai habité aux endroits suivants depuis l'âge de 18 ans ou depuis que je suis devenu(e) parent (selon le premier de ces événements). (Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez écrire au verso de cette page.)

Ville, province, pays

Dates (« du – au »)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Au moment d'effectuer la recherche, il pourrait arriver que des dossiers d'autres personnes correspondent à la fois à votre nom et à votre date de naissance. Ces doublons pourraient causer des retards dans la recherche d'information visant à confirmer votre identité. Les renseignements ci-dessous sont requis pour réduire la possibilité que la recherche mène à des dossiers non pertinents. Si votre enfant ou vos enfants ont plus de 18 ans, les renseignements à leur sujet ne serviront qu'à confirmer votre identité.

**Nom de mon(mes) enfant(s) :** (Les renseignements au sujet des enfants ne seront pas versés dans le RIPE.)

_____	_____
Nom de l'enfant	Date de naissance (mois/jour/année)
_____	
Nom de jeune fille de la mère de l'enfant	
_____	_____
Nom de l'enfant	Date de naissance (mois/jour/année)
_____	
Nom de jeune fille de la mère de l'enfant	
_____	_____
Nom de l'enfant	Date de naissance (mois/jour/année)
_____	
Nom de jeune fille de la mère de l'enfant	

_____	_____
Signature	Date
_____	_____
Témoin	Date

Date d'expiration du consentement (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

À l'usage du bureau seulement – NE PAS SIGNER ICI	
Résultats :	
Signature :	Date :

Ce formulaire sert à demander à la Société d'aide à l'enfance du district de Nipissing et Parry Sound des renseignements ne permettant pas d'identifier des personnes. Il est utilisé pour la divulgation de dossiers concernant des personnes adoptées, des personnes confiées aux soins de la Société de façon prolongée ou d'ancien(ne)s client(e)s. Pour obtenir des renseignements permettant d'identifier des personnes concernant une adoption, veuillez communiquer avec Service Ontario au 800-461-2156 ou consulter le site Web [www.ontario.ca](http://www.ontario.ca).