



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

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 :	
Adresse Précédentes :		
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:	
Note : Les renseignements de cette section sont demandés à des fins de recherche seulement.		
Nom de votre parent :	Date de naissance :	
Nom de votre parent :	Date de naissance :	
Veuillez fournir une description détaillée de l'informations personnelles que vous demandez et des détails qui aideront à localiser ces informations (telles que dates, noms, lieu, etc.)		

Objet de la demande :

Documents de remplacement

Ancien client

Précisez :

Dossier d'un enfant confié aux soins de la Société de façon prolongée

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 :					
Renseignements connus au sujet de la personne adoptée :					
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 :		
Renseignements connus au sujet des parents					
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 :					

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 :

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.

Partie C : 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 :