

**Requête d'un agrément pour l'accueil d'un enfant en vue d'adoption**

|  |
| --- |
| **Ce document est à retourner à :**Autorité centrale cantonale pour l’adoptionFaubourg Capucins 20, 2800 DelémontTél.: +41 32 420 51 54E-mail : matilde.simonnin@jura.chSite internet : www.jura.ch |
| **La requête doit être accompagnée des documents suivants :*** Biographie personnelle1 (voir descriptif au verso)
* Photographie, format passeport1
* Photocopie du livret de famille, du certificat de famille ou pour les couples mariés à l'étranger, d’un document équivalent attestant du mariage
* Photocopie des passeports ou autres pièces d’identité2 (y compris date d'échéance)
* Si fonctionnaire international-e, photocopie de la carte de légitimation (recto-verso)
* Justificatif(s) attestant du ménage commun (total de 3 ans)
* Photocopie du dernier avis de taxation ou de la dernière fiche de salaire1
* Original de l’attestation des poursuites à demander à l’office des poursuites cantonal1
* Attestation de domicile
* Certificat médical[[1]](#footnote-1) et libération du secret médical
* Jugement intégral de divorce si conjoint-e-s divorcé-e-s

Si candidat-e-s de nationalité étrangère :* original de l'extrait du casier judiciaire de l'état d'origine ou d'un document équivalent, traduit en français par un traducteur juré1
* sauf si originaires d'un pays CLaH, confirmation de l'autorité consulaire en Suisse ou de l'autorité compétente dans le pays d'origine des requérant-e-s que l'adoption prononcée dans le pays d'origine de l'enfant sera reconnue par le pays d'origine des requérant-e-s.
 |

### Descriptif pour la rédaction de la biographie personnelle

Une description de vous-même permettra aux chargé(e)s d’évaluation de mieux vous connaître et de préparer vos futurs entretiens. Le cas échéant, votre biographie permettra de vous présenter dans le pays d’origine, certains États étrangers requérant une telle pièce. Pour toutes ces raisons, nous vous serions reconnaissants de nous confier votre histoire de vie, en nous donnant notamment des renseignements sur les points suivants :

1. a) La composition de votre famille (nombre de frères et sœurs, votre place dans la fratrie).
2. Les sentiments que vous portez rétrospectivement sur : l’ambiance familiale, l’histoire de votre enfance, de votre adolescence et de vos rapports avec vos parents (sans oublier de nous indiquer leur âge).

 c) Les relations actuelles avec votre famille.

1. Votre scolarité, vos formations et vos activités professionnelles successives, en datant ces éléments (curriculum vitae).
2. Vos intérêts, vos loisirs, vos engagements, votre philosophie de la vie, ainsi que vos valeurs.
3. Décrire la manière dont vous percevez votre partenaire (sur le plan de son caractère et de sa personnalité), ainsi que vos enfants, si vous en avez déjà.
4. Vos motivations à l’adoption. Il s’agit pour nous de comprendre comment est né votre projet, dans quel contexte et quelles sont les raisons qui vous amènent à choisir la filiation par adoption.
5. Le(s) traitement(s) contre l’infertilité que vous faites ou avez pu faire. Merci de nous faire part aussi de vos intentions futures à ce sujet et de nous indiquer notamment si vous pensez poursuivre le(s) traitement(s) entrepris et dans l’affirmative, sur quelle durée.
6. La manière dont vous pensez concilier vos vies professionnelles avec la présence d’un enfant. Il s’agit pour nous de connaître également votre nouvelle organisation de travail à l’arrivée de celui-ci (congé, temps partiel, cessation d’activité, mode de garde éventuel, etc.).
7. Le pays d’origine que vous aimeriez choisir abstraitement pour adopter et les raisons de votre choix. Il est précieux pour nous de savoir également quel souhait vous pouvez nourrir, le cas échéant, quant à l’âge ou le sexe de l’enfant accueilli, ainsi que les raisons de vos vœux. Enfin, si vous envisagez d’accueillir un enfant dit "à particularités ou à besoins spéciaux" (enfant plus âgé – plus de 4 ans – ou présentant un handicap ou un problème de santé, réversible ou non), merci de nous l’indiquer en nous signalant également les raisons de votre choix.

### Autorisation de prise de renseignements

**Madame/Monsieur :**

Nom : Prénom(s) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Madame/Monsieur :**

Nom : Prénom(s) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Après avoir participé à la séance d’information du : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je dépose/nous déposons** une demande d'agrément pour l'accueil d'un enfant en vue de son adoption.

**Je certifie/nous certifions** que le contenu des documents annexés est juste et conforme à la réalité.

Enfin, en phase finale d’évaluation, **je m’engage/nous nous engageons** à communiquer à l’autorité centrale cantonale en matière d'adoption (ACC) le pays d’origine, l’âge, le sexe et l’état de santé de mon/notre enfant, ainsi que le service ou la personne de référence, en Suisse ou à l’étranger, dont je requerrai/nous requerrons l’aide pour chercher mon/notre enfant.

De plus**, j’autorise/nous autorisons** l'ACC-JU à se renseigner à mon/notre sujet auprès des personnes et services suivants :

* Service de la population
* Polices cantonales
* Direction générale de l’enfance et de la jeunesse
* Pouvoir judiciaire
* Autres services officiels si nécessaire

Finalement, **je déclare/nous déclarons** avoir précédemment déjà déposé une requête pour l'accueil d’enfants *(cocher ce qui convient)* :

* en vue d’adoption [ ]  Non [ ]  Oui Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* en accueil familial [ ]  Non [ ]  Oui Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* durant la journée [ ]  Non [ ]  Oui Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du/de la requérant-e : Signature du/de la requérant-e :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Renseignements généraux

**Notez « néant » si vous n’avez rien à indiquer sous une rubrique**

**REQUERANT-E :**

Nom, prénom(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date et lieu de

naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identité père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identité mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Langue maternelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autre(s) langue(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Religion : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession (exercée) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Salaire annuel brut : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Êtes-vous ou avez-vous été l'objet d'une mesure de tutelle ou de curatelle ?

oui [ ]  non [ ]

**Notez « néant » si vous n’avez rien à indiquer sous une rubrique**

**REQUERANT-E :**

Nom, prénom(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date et lieu de

naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identité père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identité mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Langue maternelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autre(s) langue(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Religion : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession (exercée) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Salaire annuel brut : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Êtes-vous ou avez-vous été l'objet d'une mesure de tutelle ou de curatelle ?

oui [ ]  non [ ]

### Descendance et/ou personnes vivant dans le foyer

**Notez « néant » si vous n’avez rien à indiquer sous une rubrique**

###### Descendants biologiques ou adoptés vivant dans le foyer du/de la/des requérant/e/s

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom(s)** | **Date de naissance** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Descendants d’une relation précédente vivant dans le foyer du/de la/des requérant/e/s

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom(s)** | **Date de naissance** | **Nom de l’autre parent** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Descendants du/de la/des requérant/e/s ne vivant pas dans le foyer

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom(s)** | Date de naissance | **Vivant chez(Nom et adresse)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Autres personnes **vivant dans le foyer** (enfants placés, parenté, etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom(s)** | **Lien de parenté** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### Situation juridique

**Notez « néant » si vous n’avez rien à indiquer sous une rubrique**

En ménage commun depuis le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu et date du mariage : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Madame/Monsieur** | **Madame/Monsieur** |
| **Mariage(s) antérieur(s) :****Date du(des) divorce(s) :** |  |  |
| **Nationalité(s) :***(si plusieurs, les indiquer toutes)* |  |  |
| **Permis de séjour :** |  |  |
| **Domicilié-e dans le****canton du Juradepuis le :** |  |  |
| **Type de logement (appartement / maison) :** |  |
| **Nombre de pièces :** |  |

### Obligation d’entretien

Dans le cadre de la procédure d’accueil d’un enfant en vue d’adoption, je/nous, soussigné-e-s confirme/confirmons par la présente que, conformément à l'article 11 f al. 4 de l'Ordonnance sur le placement d'enfant aux fins d'entretien et en vue d'adoption, l’Autorité centrale cantonale et unique en matière d’adoption du canton du Jura, m’a/nous a rendu-e-s attentive/attentif-s à mon/notre obligation d'entretien prévue par l'article 20 de la Loi fédérale relative à la Convention de La Haye sur l'adoption et aux mesures de protection de l'enfant en cas d'adoption internationale (RS 211.221.31), ainsi libellé :

##### **ART. 20 LF-CLaH**

1 Celui qui, avec ou sans l'autorisation de l'autorité compétente, accueille en Suisse, en vue de son adoption, un enfant qui résidait habituellement à l'étranger, doit pourvoir à son entretien comme s'il s'agissait de son propre enfant. Les articles 276 ss CC sont applicables par analogie.

2 Si, en raison de circonstances particulières, il paraît inéquitable d'exiger de la/du débitrice/ débiteur qu'elle/il s'acquitte de ses obligations, le juge peut réduire ou supprimer son obligation d'entretien.

3 L'obligation d'entretien s'éteint, dès que l'enfant a été adopté par des tiers ou est retourné dans son Etat d'origine.

Fondé sur ce qui précède, je m’engage/nous nous engageons à pourvoir à l'entretien de l'enfant qui me/nous sera attribué comme s'il était le mien/nôtre. Si l'adoption ne devait pas être prononcée, je m’engage/nous nous engageons également à assumer les frais liés à l'entretien de l'enfant que les services publics ont dû assumer à ma/notre place, de même que ceux liés, le cas échéant, au retour de l'enfant dans son Etat d'origine, éventuellement accompagné d'une tierce personne.

**Le requérant / la requérante :**

**Madame/Monsieur :**

Nom : Prénom(s) : Signature :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Madame/Monsieur :**

Nom : Prénom(s) : Signature :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Libération du secret médical

Afin de permettre à l'autorité centrale cantonale en matière d'adoption de procéder à l'enquête prévue à l'article 268 a CCS en vue d'adoption, je soussigné(e) délie du secret médical les médecins traitants suivants :

Nom du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPA et ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPA et ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPA et ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Et les autorise à fournir à l'ACC-JU tous les renseignements demandés concernant ma santé psychique et physique.

Aux fins de l'enquête en vue d'adoption, le médecin-conseil est également autorisé à requérir des renseignements complémentaires auprès des médecins traitants susmentionnés, puis à les transmettre à l'ACC-JU.

La présente déclaration cessera de déployer ses effets une fois que l'agrément sera délivré ou refusé, ou en cas de renonciation de ma part à l'adoption.

Lieu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Établissement du certificat médical dans le cadre d'une procédure d'adoption**

La Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (art. 15 CLaH), le Code civil suisse (art. 268 a CC), ainsi que l'article 5 al. 2 lit. d ch. 1 de l'Ordonnance fédérale sur l'adoption OAdo; RS 211.221 prescrivent que l'Autorité centrale cantonale chargée de l’évaluation des conditions d’accueil des requérant-e-s à l’accueil d’enfants aux fins d’adoption, doit requérir de ceux-ci un certain nombre d'informations, notamment en ce qui concerne leur état de santé.

En tant qu’Autorité centrale cantonale en matière d'adoption, nous vous faisons parvenir un questionnaire et un certificat médical qui sont à remettre au médecin-conseil, le
Dr Antonios Liolios pour préavis.

Ces documents sont à retourner à :

Autorité centrale cantonale pour l'adoption

A l’att. de la Dr Antonios Liolios - CONFIDENTIEL

Service de la santé,

Faubourg Capucins 20,

2800 Delémont

Le **certificat médical** fera partie intégrante du dossier de candidature des requérant-e-s.

 Autorité centrale cantonale

 pour l’adoption

 Matilde Simonnin

Concerne Monsieur /Madame : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Établi par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE A L'USAGE EXCLUSIF DU MEDECIN TRAITANT**

(A remplir en vue de l'établissement du certificat médical ci-joint)

Depuis quand connaissez-vous votre patient(e) ? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **La personne souffre-t-elle d'un des problèmes de santé suivants :**
* Maladie infectieuse chronique ? oui [ ]  non [ ]
Si oui, laquelle et depuis quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Maladie interne, risque d'invalidité ? oui [ ]  non [ ]
Si oui, laquelle et depuis quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Infirmité motrice ? oui [ ]  non [ ]
Si oui, laquelle et depuis quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Maladie du système nerveux ? oui [ ]  non [ ]
Si oui, laquelle et depuis quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Affection oncologique ? oui [ ]  non [ ]
Si oui, laquelle et depuis quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Affection immunologique ? oui [ ]  non [ ]
Si oui, laquelle et depuis quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Troubles sensoriels ? oui [ ]  non [ ]
Si oui, le(les)quel(s) et depuis quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Autres traumatismes, maladies, risques d'invalidité ? oui [ ]  non [ ]
Si oui, le(les)quel(s) et depuis quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Dépendances ?** oui [ ]  non [ ]  traitement en cours [ ]  terminé [ ]
	2. Alcool : oui [ ]  non [ ]  traitement en cours [ ]  terminé [ ]
	3. Tabac : oui [ ]  non [ ]  traitement en cours [ ]  terminé [ ]
	4. Médicaments : oui [ ]  non [ ]  traitement en cours [ ]  terminé [ ]
* Stupéfiants : oui [ ]  non [ ]  traitement en cours [ ]  terminé [ ]
* Autres addictions : oui [ ]  non [ ]  traitement en cours [ ]  terminé [ ]
* Si oui, la(les)quelle(s) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le/la patient-e a-t-il suivi une ou plusieurs cures de désintoxication ? oui [ ]  non [ ]

* Troubles alimentaires : oui [ ]  non [ ]
1. **Affections psychiques ?** oui [ ]  non [ ]

Diagnostic :

Si oui, depuis quand ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Traitement en cours [ ]  Traitement terminé [ ]

Épisodes dépressifs :

- Soignés ambulatoirement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Soignés en milieu hospitalier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Le(la) candidat(e) a-t-il (elle) été victime d'accidents graves ?** oui [ ]  non [ ]
Si oui, quand ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Séquelles éventuelles physiques ou psychiques ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Stérilité**

Existe-t-il un problème de stérilité chez le (la) requérant(e)? oui [ ]  non [ ]

Remarque :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y a-t-il une quelconque répercussion d'un problème de stérilité sur la santé physique et/ou psychique du (de la) requérant(e) ? oui [ ]  non [ ]

Si oui : la(les)quelle(s) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Statut vaccinal et tuberculinique :**

Di Te : oui [ ]  non [ ]  R O R : oui [ ]  non [ ]

Polio : oui [ ]  non [ ]  Rougeole : oui [ ]  non [ ]

Coqueluche : oui [ ]  non [ ]  Rubéole : oui [ ]  non [ ]

Hépatite B : oui [ ]  non [ ]  Varicelle : oui [ ]  non [ ]

Hépatite A : oui [ ]  non [ ]  BCG : oui [ ]  non [ ]

Autres : oui [ ]  non [ ]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Test de dépistage de la tuberculose : le risque est clairement à évaluer en fonction de l'anamnèse, de la provenance d'un pays à moyenne et forte endémie pour la maladie, des contacts avec des ressortissants de ces pays. En cas de doute, un test à l'interféron est indiqué. L'importance d'un diagnostic précoce chez les adultes est due au fait que la maladie est susceptible d'apparaître et d'évoluer beaucoup plus rapidement chez les enfants de moins de 6 ans que chez l'enfant plus grand ou chez l'adulte.

Résultat du test : positif [ ]  négatif [ ]

Radiographie du thorax s'il y a lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Traitement prophylactique : oui [ ]  non [ ]

**7. En vue du projet d'adoption :**

* Y a-t-il des réserves physiques ? oui [ ]  non [ ]
* Y a-t-il des réserves d’ordre psychique ? oui [ ]  non [ ]

Remarques :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE A L'USAGE EXCLUSIF DU MEDECIN TRAITANT**

(A remplir en vue de l'établissement du certificat médical ci-joint)

Lieu et date :

Signature et timbre du médecin traitant :

#### Certificat médical établi par le médecin traitant

|  |
| --- |
| **Ce document est à retourner à :**Autorité centrale cantonale pour l'adoptionA l’att. de la Dr Antonios Liolios - CONFIDENTIELService de la santé,Faubourg Capucins 20,2800 Delémont |

Le présent certificat médical est destiné au(x) requérant-e(s) dans le cadre de la procédure d'agrément en vue d'adoption, en application de la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (art. 15 CLaH), le Code civil suisse (art. 268 a CC), ainsi que l'article 5 al. 2 lit. d ch.1 de l'Ordonnance fédérale sur l'adoption OAdo; RS 211.221.

(Date, timbre et signature du médecin traitant)

Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a examiné le :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

et recueilli des renseignements concernant son état de santé :

* Maladie(s) infectieuse(s), interne(s), infirmité(s) motrice(s), maladie(s) du système nerveux, affection(s) oncologique(s), trouble(s) sensoriel(s), autre(s) maladie(s) ou traumatisme(s) invalidant(s);
* Dépendance(s) (tabac, alcool et autres drogues, cures de désintoxication);
* Statut vaccinal et dépistage tuberculinique selon sa provenance;
* Affection(s) psychique(s);
* Stérilité.

Après avoir examiné la requête de la personne citée en marge :

J’atteste que son état de santé global est bon et qu’elle/il ne présente aucune pathologie [ ]

physique ou psychique incompatible avec l'adoption d'un enfant.

J'atteste que son état de santé global est bon, mais émets certaines réserves dans le [ ]

cadre d’un projet d’adoption d’un enfant.

J’atteste que son état de santé global n’est pas bon et qu’elle/il présente une pathologie [ ]

physique ou psychique incompatible avec l'adoption d'un enfant.

Réserves du médecin traitant :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. un document par personne

2 si plusieurs nationalités, donner une copie de chaque passeport [↑](#footnote-ref-1)