RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE NATURELLE

NOM DE L'ENFANT :	NUMÉRO D'AFFAIRE :
NOM DE L'AGENT CHARGÉ DE L'AFFAIRE :	NOM DE L'AGENCE :

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE :

- Imprimez clairement – utilisez de l'encre.
- Remplissez tous les points. Si vous ne connaissez pas la réponse à un point, indiquez « inconnu ».
- Le formulaire AD 67 se compose de deux parties séparées. La première Section a trait aux renseignements « signalétiques » et sera tenue confidentielle. Aucun de ces renseignements ne sera donné à votre enfant adopté ou à son/ses parents adoptifs, sauf si vous nous avez donné l'autorisation écrite de le faire. La deuxième Section a trait aux renseignements « non signalétiques ». En vertu de la loi californienne sur l'adoption, un exemplaire de la deuxième Section, consistant en renseignements médicaux, psychologiques et sociaux, doit être remis aux parents adoptifs avant la finalisation de l'adoption et sur demande écrite de l'enfant adopté lorsqu'il/elle atteindra l'âge de 18 ans.

SECTION I — RENSEIGNEMENTS SIGNALÉTIQUES CONCERNANT LA MÈRE NATURELLE

A. NOM/ADRESSE :

NOM DE LA MÈRE NATURELLE (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	NOM DE JEUNE FILLE	AUTRES NOMS SOUS LESQUELS ELLE EST CONNUE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO DE PERMIS DE CONDUIRE	DATE DE NAISSANCE (MOIS, JOUR, ANNÉE)	BIRTHPLACE (CITY, STATE, COUNTRY)

ADRESSE ACTUELLE (RUE, VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( )
ADRESSE POSTALE PERMANENTE (RUE, VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL)*	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PERMANENT ( )

RESTRICTIONS SUR L'USAGE DE L'ADRESSE POSTALE PERMANENTE, S'IL Y A LIEU

B. PARENTS DE LA MÈRE NATURELLE - (LES PARENTS QUI VOUS ONT ÉLEVÉE)

NOM DE LA MÈRE DE LA MÈRE NATURELLE (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	NOM DU PÈRE DE LA MÈRE NATURELLE (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)
ADRESSE RUE VILLE	ADRESSE RUE VILLE
ÉTAT CODE POSTAL	ÉTAT CODE POSTAL
VOTRE MÈRE EST-ELLE AU COURANT DE CETTE ADOPTION ? ☐ OUI ☐ NON ☐ INCONNU	VOTRE PÈRE EST-IL AU COURANT DE CETTE ADOPTION ? ☐ OUI ☐ NON ☐ INCONNU
SI NOUS DEVONS VOUS JOINDRE À L'AVENIR, POUVONS-NOUS CONTACTER VOTRE MÈRE POUR NOUS ASSISTER ? ☐ OUI ☐ NON	SI NOUS DEVONS VOUS JOINDRE À L'AVENIR, POUVONS-NOUS CONTACTER VOTRE PÈRE POUR NOUS ASSISTER ? ☐ OUI ☐ NON

C. PATERNITÉ DE L'ENFANT MINEUR :

NOM DU PÈRE NATUREL DE L'ENFANT (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PERMANENT (AREA CODE) NUMBER
DERNIÈRE ADRESSE CONNUE (RUE, VILLE, ÉTAT, PAYS S'IL VIT À L'EXTÉRIEUR DES ÉTATS-UNIS)	

D. ANTÉCÉDENTS MATRIMONIAUX :

1. Êtes-vous mariée actuellement ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, quel est le nom de votre mari ? _____ (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)

   Quelle est son adresse ? _____

LICENCE DE MARIAGE ACTUELLE OBTENUE À (VILLE, COMTÉ, ÉTAT)

LIEU DE MARIAGE (VILLE, COMTÉ, ÉTAT)	DATE DE MARIAGE (MOIS, JOUR, ANNÉE)

* REMARQUE : Il est important que vous informiez le ministère californien des Services sociaux de tous changements de votre adresse postale permanente.

2. Avez-vous été mariée par ailleurs ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez répondre au point suivant :

NOM DE L'ANCIEN ÉPOUX	LIEU D'OBTENTION DE LA LICENCE DE MARIAGE	DATE ET LIEU DU MARIAGE	DATE ET LIEU DU DIVORCE	SI L'ÉPOUX EST DÉCÉDÉ, INDIQUEZ LA DATE ET LE LIEU DU DÉCÈS	NOMBRE D'ENFANTS ISSUS DU MARIAGE
1.					
2.					
3.					

E. AUTRES ENFANTS :

Avez-vous d'autres enfants que celui qui est adopté ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Si oui, renseignez le point suivant.

NOM DE L'ENFANT	SEXE M	SEXE F	COCHEZ(✓)S'IL A UN LIEN DU SANG AVEC L'ENFANT ADOPTÉ COMPLET	PARTIEL	DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT	QUI S'OCCUPE DE CET ENFANT ? *(Précisez la relation de la personne et de l'enfant)*
1.						
2.						
3.						
4.						

F. ASCENDANCE AMÉRINDIENNE :

Une personne de votre famille, du côté de votre mère ou de votre père, a-t-elle une ascendance amérindienne ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez remplir le formulaire approprié (JV-135/ADOPT-226)

Si oui, de quelle(s) tribu(s)._____ . Où réside(nt) la (les) tribu(s). _____.

Vos parents ou vous-même êtes-vous actuellement inscrits à la tribu ou avez-vous d'autres ancêtres qui ont été inscrits à la tribu ?

Si oui, quel est (quels sont) votre (vos) numéro(s) d'inscription. _____ . ☐ Oui ☐ Non

Vos parents, vous-même, vos grand parents ou l'un de vos ancêtres ont-ils eu un Certificat de degré d'ascendance indienne (CDIB) ?

Si oui, veuillez joindre une copie du CDIB à ce questionnaire. ☐ Oui ☐ Non

G. CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre, une assistante sociale clinique, un thérapeute en santé mentale ou en santé comportementale pour des problèmes émotionnels, psychologiques ou comportementaux que vous auriez eus ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, renseignez les points suivants.

DATE(S) ET RAISONS DU TRAITEMENT

NOM DU THÉRAPEUTE ET/OU DE L'AGENCE QUI A FOURNI LE TRAITEMENT | LIEU

INDIQUEZ LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PENDANT VOTRE TRAITEMENT :

RAISON DE LA CESSATION SI VOUS N'ÊTES PLUS SOUS TRAITEMENT :

H. QUESTIONS SUR L'ADOPTION : *(Pour les adoptions indépendantes uniquement)*

1. Êtes-vous représentée par votre propre avocat pendant cette adoption ? ..... ☐ Oui ☐ Non
2. Votre avocat est-il également l'avocat des parents qui adoptent ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
3. Comment les frais de cette grossesse, des soins prénataux et de l'accouchement ont-ils été payés ?_____
4. Les parents qui adoptent ont-ils payé l'un quelconque de vos frais de subsistance ? ..... ☐ Oui ☐ Non
   Combien ? _____
5. En vertu de la loi californienne sur l'adoption, les parents naturels qui placent un enfant en adoption doivent avoir une connaissance directe des renseignements suivants sur les futurs parents adoptifs : leur nom officiel complet, leur âge, leur religion, leur race ou origine ethnique ; la durée de leur mariage actuel et le nombre de leurs mariages précédents ; leur emploi ; si d'autres enfants ou adultes vivent dans leur foyer, s'il y a d'autres enfants ne vivant pas dans leur foyer, ainsi que les pensions alimentaires pour enfants et s'ils n'ont pas rempli leurs obligations de pensions alimentaires ; leurs états de santé éventuels susceptibles d'abréger leur espérance de vie ou d'entraver leurs activités quotidiennes normales ; leurs condamnations éventuelles pour délits autres que des infractions mineures aux règlements de la circulation ; les retraits éventuels d'enfants dus à la maltraitance où à la négligence vis-à-vis des enfants ; ainsi que leur lieu général de résidence, ou, sur demande, leur adresse..
6. Avez-vous au moins ces renseignements sur les parents qui adoptent ? ..... ☐ Oui ☐ Non
7. Quels sont les renseignements supplémentaires que vous voulez avoir ou dont vous avez besoin sur les parents qui adoptent ? _____
8. Avez-vous rencontré les parents qui adoptent ?..... ☐ Oui ☐ Non
9. Si oui, dans quelle mesure les connaissez-vous ? _____

SIGNATURE DE LA MÈRE NATURELLE | DATE DE RENSEIGNEMENT DU FORMULAIRE

Les renseignements ci-dessus ont été fournis par : *(Cochez la case qui s'applique)*

☐ Mère naturelle ☐ Père naturel ☐ Autre (veuillez expliquer)

NOM DE L'ENFANT :	NUMÉRO D'AFFAIRE :
NOM DE L'AGENT CHARGÉ DE L'AFFAIRE :	NOM DE L'AGENCE :

SECTION II — RENSEIGNEMENTS NON SIGNALÉTIQUES CONCERNANT LA MÈRE NATURELLE

Ces renseignements seront fournis aux parents qui adoptent et seront mis à la disposition de votre enfant. Veuillez répondre à toutes les questions de façon aussi complète que possible.

PARTIE I — CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE NATURELLE AU MOMENT DE LA NAISSANCE DE L'ENFANT ADOPTÉ

A. RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL ET DESCRIPTION PHYSIQUE :

TAILLE	POIDS HABITUEL	COULEUR DES YEUX	COULEUR DE LA PEAU	COULEUR NATURELLE DES CHEVEUX	TEXTURE NATURELLE DES CHEVEUX (COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE) ☐ FINE ☐ MOYENNE ☐ DRUE ☐ RAIDE ☐ ONDULÉE ☐ ONDULÉE ☐ CLAIRSEMÉE

DATE DE NAISSANCE (ANNÉE UNIQUEMENT	LIEU DE NAISSANCE (ÉTAT UNIQUEMENT)	TYPE SANGUIN	FACTEUR RHÉSUS	TYPE DE CORPS ☐OSSATURE FINE ☐OSSATURE MOYENNE ☐OSSATURE LARGE	ÊTES-VOUS DROITIÈRE ? ☐ GAUCHÈRE ? ☐

Race/groupe ethnique

☐ Blanche ☐ Hispanique ☐ Philippine ☐ Noire ☐ Asiatique ou Île du Pacifique

☐ Amérindienne ou native d'Alaska ☐ Autre *(précisez)* _____

Si vous êtes Amérindienne ou native d'Alaska, veuillez préciser le nom de la tribu et le degré de sang indien (si vous le connaissez) _____

ASCENDANCE NATIONALE SPÉCIFIQUE (EXEMPLE : IRLANDAISE, FRANÇAISE, ALLEMANDE, CANTONAISE, MEXICAINE, NIGÉRIENNE)

B. SCOLARITÉ :

DERNIER NIVEAU DE SCOLARITÉ ATTEINT	ÊTES-VOUS À L'ÉCOLE ACTUELLEMENT ? ☐ OUI ☐ NON	RÉSULTATS SCOLAIRES HABITUELS	AUTRE FORMATION

ACTIVITÉS HORS PROGRAMME SCOLAIRE

ACTIVITÉS HORS PROGRAMME SCOLAIRE

C. OCCUPATION :

OCCUPATION ACTUELLE	DEPUIS QUAND ?	OCCUPATION HABITUELLE ?

QUELS SONT VOS OBJECTIFS DE CARRIÈRE ? (EXEMPLE : ENSEIGNANTE, SOUDEUSE, VENDEUSE)

D. PERSONNALITÉ :

DÉCRIVEZ VOTRE PERSONNALITÉ EN TERMES DE VOTRE COMPORTEMENT HABITUEL, VOS ATTITUDES, VOS HUMEURS, LES ACTIVITÉS AUXQUELLES VOUS PARTICIPEZ HABITUELLEMENT, LES TYPES DE PERSONNES AVEC QUI VOUS AIMEZ ÊTRE, ETC.

DÉCRIVEZ VOS TALENTS, VOS PASSE-TEMPS ET VOS OBJECTIFS DANS LA VIE.

DÉCRIVEZ COMMENT VOUS ÉTIEZ QUAND VOUS ÉTIEZ ENFANT.

E. QUESTIONS SUR L'ADOPTION :

Religion :

Quelle religion pratiquez-vous ? _____

ÊTES-VOUS PRÊTE À VOIR VOTRE ENFANT ÉLEVÉ DANS LA RELIGION DES PARENTS QUI ADOPTENT SI CETTE RELIGION EST DIFFÉRENTE DE LA VÔTRE ? ☐ OUI ☐ NON

SINON, DANS QUELLE RELIGION VOULEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT SOIT ÉLEVÉ ? _____

POURQUOI AVEZ-VOUS PLACÉ CET ENFANT EN ADOPTION ? (VEUILLEZ RÉPONDRE DE FAÇON AUSSI COMPLÈTE QUE POSSIBLE. IL S'AGIT DE LA QUESTION QUE LES ADOPTÉS ADULTES POSENT LE PLUS SOUVENT AUX AGENCES D'ADOPTION.)

SI VOTRE ENFANT N'A PAS ÉTÉ PLACÉ EN ADOPTION À LA NAISSANCE, FOURNISSEZ DES RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS QU'IL A REÇUS, SUR SA SANTÉ ET SUR SON DÉVELOPPEMENT AVANT LE PLACEMENT

QUEL EST VOTRE SENTIMENT SUR LA POSSIBILITÉ D'ÊTRE CONTACTÉE PAR L'ENFANT ADOPTÉ QUAND IL OU ELLE ATTEINDRA L'ÂGE ADULTE ?

ANTÉCÉDENTS MENSTRUELS DE LA MÈRE NATURELLE ET ANTÉCÉDENTS DE GROSSESSE DE L'ENFANT :

1. ANTÉCÉDENTS MENSTRUELS

QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS À VOS PREMIÈRES RÈGLES ?	QUELLE EST LA DURÉE HABITUELLE DE VOS RÈGLES ?	ÊTES-VOUS RÉGULIÈRE ? ☐ OUI ☐ NON	NOMBRE DE JOURS DE VOTRE CYCLE

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES AVEC VOS PERIODES ?

☐ OUI ☐ NON ☐ SI OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER

ÉTIEZ-VOUS UN 'BÉBÉ DES' (DONT LA MÈRE A PRIS DE L'ŒSTROGÈNE SYNTHÉTIQUE) ?

☐ OUI ☐ NON ☐ INCONNU

2. LA PRÉSENTE GROSSESSE :

NOM ET ADRESSE DE L'OBSTÉTRICIEN QUI VOUS A SUIVIE PENDANT VOTRE GROSSESSE

NOM DE L'OBSTÉTRICIEN ADRESSE RUE VILLE, ÉTAT CODE POSTAL

QUAND LES SOINS PRÉNATAUX ONT-ILS COMMENCÉ ?	À QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ÉTÉ ENCEINTE ?	NOMBRE DE SEMAINES DE LA PRÉSENTE GROSSESSE ?	TYPE DE NAISSANCE ☐ ACCOUCHEMENT SIMPLE ☐ ACCOUCHEMENT MULTIPLE ☐ DANS LE CAS D'UN ACCOUCHEMENT EST MULTIPLE, COMBIEN ?

COMPLICATIONS DURANT CETTE GROSSESSE ?

☐ OUI ☐ NON ☐ SI OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER

AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À D'AUTRES ENFANTS ?

☐ OUI ☐ NON ☐ SI OUI, COMBIEN ?

3. ÉTAT DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE

RUBÉOLE ..... ☐ OUI ☐ NON

INFECTIONS ..... ☐ OUI ☐ NON

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISES

☐ HERPÈS ☐ GONORRHÉE ☐ SYPHILIS ☐ CHLAMYDIA ☐ VERRUES GÉNITALES

VIRUS (P.EX., GRIPPE) ..... ☐ OUI ☐ NON

ACCIDENTS ..... ☐ OUI ☐ NON

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À L'UNE DES QUESTIONS CI-DESSUS, PRÉCISEZ LE TYPE D'ÉTAT(S), LA (LES) DATE(S) ET LE TYPE DE TRAITEMENT

4. MÉDICAMENTS PRIS PENDANT CETTE GROSSESSE ET PENDANT L'ANNÉE QUI L'A PRÉCÉDÉE :

a. Médicaments sur ordonnance [Donnez le (les) nom(s)]	PRIS DURANT CETTE GROSSESSE (Cochez ✓ sous la colonne appropriée)		PRIS DANS L'ANNÉE QUI A PRÉCÉDÉ CETTE GROSSESSE		QUAND ?	À QUELLE FRÉQUENCE ?	QUANTITÉ ?
	OUI	NON	OUI	NON			
1.							
2.							
3.							
4.							
b. Médicaments sans ordonnance. Y compris l'aspirine, les gouttes pour le nez, etc.							
1.							
2.							
3.							
4.							
c. Alcool et autres substances :							
1. Alcool (vin, bière, etc.).....							
2. Amphétamines (euphorisants)							
3. Barbituriques (tranquillisants).....							
4. Tabac							
5. Cocaïne.....							
6. Crack.....							
7. Héroïne							
8. LSD							
9. PCP.....							
10. Marijuana							
11. Autre (précisez).....							

Avez-vous déjà utilisé des drogues par voie intraveineuse ? ☐ OUI ☐ NON

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ PERSONNELLE :

DÉCRIVEZ VOTRE SANTÉ GÉNÉRALE

QUELLES MALADIES D'ENFANCE AVEZ-VOUS EUES ?

ROUGEOLE :: ☐ RUBÉOLE (3 JOURS) ☐ OREILLONS ☐ RHUME DES FOINS ☐ INFECTIONS AURICULAIRES ☐ FIÈVRE RHUMATISMALE AURICULAIRE ☐ FIÈVRE RHUMATISMALE

☐ RUBÉOLE (2 SEMAINES) ☐ VARICELLE ☐ ROSÉOLE ☐ ENCÉPHALITE ☐ SOUFFLE AU CŒUR ☐ INFECTIONS URINAIRES/DE LA VESSIE

☐ ASTHME ☐ MÉNINGITE ☐ FIÈVRE SCARLATINE ☐ AUTRE (PRÉCISEZ)

OPÉRATIONS CHIRURGICALES MAJEURES ?

☐ OUI ☐ NON SI OUI, POUR QUELS PROBLÈMES /et quand ?

ÊTES-VOUS UNE

☐ JUMELLE ☐ TRIPLÉE ☐ AUTRE TYPE DE NAISSANCE MULTIPLE

ÊTES-VOUS UNE

☐ JUMELLE IDENTIQUE OU ☐ UNE FAUSSE JUMELLE

H. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

AVEZ-VOUS ÉTÉ ADOPTÉE OU UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE IMMÉDIATE A-T-IL ÉTÉ ADOPTÉ ? ☐ OUI ☐ NON SI OUI, QUI

	VOTRE PÈRE BIOLOGIQUE	VOTRE MÈRE BIOLOGIQUE
Âge actuel		
S'il ou elle est décédé, son âge à sa mort		
Cause du décès		
Taille et poids	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS
Couleur et texture des cheveux		
Couleur des yeux		
Couleur de la peau		
Droitier (droitière) ou gaucher (gauchère)		
Caractéristiques particulières		
Niveau de scolarité atteint		
Occupation		
Race/groupe ethnique	☐ BLANCHE ☐ HISPANIQUE ☐ NOIRE ☐ PHILIPPINE ☐ ASIATIQUE OU ÎLE DU PACIFIQUE ☐ AUTRE (précisez) ☐ AMÉRINDIENNE OU NATIF (NATIVE) D'ALASKA	☐ BLANCHE ☐ HISPANIQUE ☐ NOIRE ☐ PHILIPPINE ☐ ASIATIQUE OU ÎLE DU PACIFIQUE ☐ AUTRE (précisez) ☐ AMÉRINDIENNE OU NATIF (NATIVE) D'ALASKA
Nationalité		
Religion		
Ce parent était-il au courant de votre grossesse ?	☐ **OUI** ☐ **NON**	☐ **OUI** ☐ **NON**
Combien de frères ou de sœurs avait-il/elle ?		
Si l'une de vos tantes ou l'un de vos oncles est décédé, donnez son âge à son décès et la cause du décès		

	LES PARENTS DE VOTRE PÈRE		LES PARENTS DE VOTRE MÈRE	
	PÈRE	**MÈRE**	**PÈRE**	**MÈRE**
Âge				
Si décédé, donnez son âge à son décès et la cause du décès				
Décrivez son aspect physique				
Taille et poids	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS
Caractéristiques particulières				
Niveau de scolarité atteint				
Occupation actuelle ou précédente				
Était-il/elle au courant de votre grossesse	☐ **OUI** ☐ **NON**	☐ **OUI** ☐ **NON**	☐ **OUI** ☐ **NON**	☐ **OUI** ☐ **NON**

H. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : (SUITE)

VOS FRÈRES ET SŒURS

(Si vous avez plus de 4 frères et sœurs, veuillez utiliser une feuille supplémentaire)

	1	2	3	4
Sexe (masculin ou féminin)				
Âge				
S'il ou elle est décédé, son âge à sa mort et la cause				
Est-il/elle votre frère ou sœur naturel ou votre demi-frère ou demi-sœur ?	☐ NATUREL ☐ DEMI	☐ NATUREL ☐ DEMI	☐ COMPLET ☐ DEMI	☐ NATUREL ☐ DEMI
Taille et poids.....	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS
Couleur et texture des cheveux.....				
Couleur des yeux.....				
Couleur de la peau				
Ses passe-temps et talents				
Dernier niveau de scolarité atteint.				
Est-il/elle à l'école actuellement ? .	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Occupation.....				
Est-il/elle au courant de votre grossesse ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Situation de famille				
Nombre d'enfants qu'ils ont				
Santé de leurs enfants.....				

VOS AUTRES ENFANTS

(Si vous avez plus de 4 enfants, veuillez utiliser une feuille supplémentaire)

	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	QUATRIÈME ENFANT
Indiquez s'il s'agit d'un fils ou d'une fille				
Date de naissance ou âge.....				
Cet enfant est-il un frère ou une sœur naturel ou un demi-frère ou une demi-sœur de l'enfant adopté ?	☐ NATUREL ☐ DEMI	☐ NATUREL ☐ DEMI	☐ NATUREL ☐ DEMI	☐ NATUREL ☐ DEMI
S'il ou elle est décédé, son âge à sa mort.....				
Cause du décès.....				
Taille et poids.....	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS	TAILLE / POIDS
Couleur et texture des cheveux.....				
Couleur des yeux.....				
Couleur de la peau				
Droitier (droitière) ou gaucher (gauchère)				
Niveau de scolarité				
Cet enfant vit-il avec vous ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Ses passe-temps et talents				
Santé générale				
Opération chirurgicale majeure				
Problèmes de santé.....				
Cet enfant était-il au courant de votre grossesse ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

I. VOS ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ, CEUX DE VOS PARENTS ET AUTRES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

Indiquez en cochant la case appropriée si VOUS ou l'un des MEMBRES DE VOTRE FAMILLE (p.ex., vos parents, vos sœurs, vos frères, vos tantes, vos oncles, vos grands-parents, d'autres enfants nés de vous, etc.) ont eu ou ont actuellement les problèmes médicaux répertoriés ci-dessous. Indiquez la relation de famille qu'a la personne avec vous. Veuillez remplir la partie Commentaires. Si un problème médical a provoqué le décès d'un membre de la famille, indiquez-le, ainsi que son âge approximatif au moment du décès, aux Sections Commentaires.

PROBLÈME MÉDICAL	NON	Inconnu	OUI Moi-même	OUI – MEMBRE DE MA FAMILLE (Précisez la relation de famille)	COMMENTAIRES
A. TROUBLES CONGÉNITAUX 1. Pied bot ou autre problème orthopédique (p.ex., pieds plats, etc.)					
2. Bec de lièvre ou fente palatine					
3. Syndrome de Down					
4. Autre anomalie des chromosomes					
5. Hydrocéphalie					
6. Dystrophie musculaire					Parties du corps impliquées. Âge au début ?
7. Nanisme					
8. Spina bifida					
9. Défaut cardiaque congénital					
10.Anémie falciforme					
11. Maladie de Tay-Sachs					
B. ALLERGIES 1. Eczéma ou autre état de la peau					À quelles allergies ? Quel traitement ou médicament ?
2. Rhume des foins ou autre allergie					
3. Allergie aux médicaments					À quels médicaments ?
4. Allergie aux aliments					À quels aliments ?
C. TROUBLES OCULAIRES, DENTAIRES, AURICULAIRES ET DÉVELOPPEMENTAUX 1. Cécité, glaucome, daltonisme ou autres problèmes visuels					
2. Lunettes correctives ou lentilles de contact					À quel âge les verres correctifs ont-ils été nécessaires ?
Myopie ☐ Presbytie ☐					
Astigmatisme ☐ (incapacité à focaliser)					
Strabisme ☐ (yeux qui louchent)					
Autre (veuillez expliquer) ☐					
3. Appareil dentaire ou autre appareil d'orthodontie					Si oui, quel appareil orthodontique et pendant combien de temps ?

I. VOS ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ, CEUX DE VOS PARENTS ET D'AUTRES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE (suite)

PROBLÈME MÉDICAL	NON	Inconnu	OUI Moi-même	OUI – MEMBRE DE MA FAMILLE (Précisez la relation de famille)	COMMENTAIRES
4. Surdité ou autres problèmes auriculaires					Éducation spéciale ? Si « oui », indiquez l'âge au début.
5. Problèmes d'orthophonie					
6. Trouble d'apprentissage					Y a-t-il eu un diagnostic ? Une hospitalisation ?
7. Retard : mental ou physique					
D. TROUBLES DE LA CIRCULATION 1. Hémophilie					
2. Anémie falciforme ou trait drépanocytaire					
3. Surtension (pression sanguine élevée)					Âge au début ? Quel traitement ? Une hospitalisation ?
4. Accident vasculaire cérébral					
5. Attaque cardiaque (coronarienne)					
6. Arthrite					Quel type ? Âge au début ? Quelle partie du corps ?
7. Maladie de reins					Âge au début ? Quel traitement ?
E. TROUBLES HORMONAUX 1. Diabète					Âge au début ? Quel traitement ?
2. Troubles thyroïdiens					
3. Obésité (surpoids)					
F. TROUBLES RESPIRATOIRES 1. Asthme					Y a-t-il une cause (connue) ? Quel traitement ?
2. Emphysème					Âge au début ?
3. Tuberculose					Âge au début ? Quel type ? Quelle partie du corps ?
G. TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMEN 1. Schizophrénie diagnostiquée					Âge au début ? Quel traitement ? Une hospitalisation ?
2. Manie-dépression diagnostiquée					
3. Autres maladies mentales. Décrivez, en utilisant une page supplémentaire si nécessaire					
4. Alcoolisme ou consommation massive d'alcool					
5. Usage de drogues					Type, quantité et quand ont-elles été prises ?

I. VOS ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ, CEUX DE VOS PARENTS ET D'AUTRES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE (suite)

PROBLÈME MÉDICAL	NON	Inconnu	OUI Moi-même	OUI – MEMBRE DE MA FAMILLE (Précisez la relation de famille)	COMMENTAIRES
H. TROUBLES LYMPHATIQUES 1. Cancer					Quel type ? Âge au début ? Quelle partie du corps ?
2. Tumeurs					
3. Fibrose kystique					
4. Maladie de Hodgkins					
I. TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMEN 1. Sclérose en plaques					Parties du corps impliquées ? Âge au début ?
2. Maladie de Huntington					
3. Infirmité motrice cérébrale					
4. Crises ou convulsions					Âge au début ? Quel traitement ? Fréquence ?
5. Épilepsie					
J. INFECTION, HOSPITALISATION 1. Attaques répétées de fièvre avec infection connue					Diagnostic ?
2. Infection sévère répétée nécessitant une hospitalisation					
3. Hospitalisation, opération ou blessure					Pour quelle raison ? Quand ?
K. AUTRES PROBLÈMES MÉDICAUX OU PROBLÈMES DE SANTÉ					