



**Direction de la prévention et de la protection
de l'enfance**
Service des adoptions et de l'accès aux origines (SAAO)

**DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT EN VUE D'ADOPTION :
LISTE DES PIÈCES ADMINISTRATIVES**
(Code de l'action sociale et des familles R 225-3)

- Votre courrier motivant votre demande d'agrément en vue d'adoption,
- Le questionnaire de demande d'agrément en vue d'adoption à compléter
(Cf. document téléchargeable),
- La copie intégrale de l'acte de naissance des demandeurs,
- Pour les couples avec enfants : copie du livret de famille certifiée conforme par vos soins, datée et signée,
- La photocopie des pièces d'identité des demandeurs, et à votre convenance deux photos vous présentant dans votre cadre de vie habituel.
- Le bulletin n° 3 du casier judiciaire des demandeurs, à demander individuellement au :
Casier Judiciaire National – 44 079 NANTES CEDEX,
- Un certificat médical datant de moins de trois mois, à renseigner **individuellement** pour chaque personne vivant au domicile et établi par un médecin généraliste de l'Essonne de votre choix.
Ce certificat atteste que votre état de santé ainsi que celui des personnes résidant à votre foyer, ne présente pas de contre-indication à l'accueil d'enfants en vue d'adoption,
(Cf. modèle téléchargeable qui ne peut être utilisé par le médecin),
- Les trois derniers bulletins de salaire des demandeurs,
- L'avis d'imposition des demandeurs, de l'année précédente et tout document attestant des ressources dont vous disposez,
- Un justificatif de domicile datant de moins de 2 mois,
- Tout autre document que vous souhaitez porter à la connaissance du service.

Si vous souhaitez engager la procédure d'agrément en vue d'adoption, il est impératif de confirmer votre demande d'agrément en retournant **votre dossier complet** au SAAO, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à l'adresse suivante :

**Monsieur le Président du Conseil départemental
Direction de la prévention et de la protection de l'enfance
Service des adoptions et de l'accès aux origines
Hôtel du Département
Boulevard de France
91012 EVRY Cedex.**

Tél. : 01 60 91 98 17 ou 01 60 91 99 17 ou 01 60 91 32 67

Mail : adoptions@essonne.fr

Le délai légal de 9 mois d'instruction de la procédure d'agrément ne prendra effet qu'à compter de la date de **réception au SAAO du dossier complet**, accompagné du questionnaire et de toutes les pièces justificatives mentionnées ci-dessus.

Vous recevrez un courrier du SAAO accusant réception de votre dossier et vous indiquant les coordonnées de l'assistante administrative qui assurera le suivi de votre dossier.

DEMANDE D'AGREMENT EN VUE D'ADOPTION

**QUESTIONNAIRE À L'ATTENTION DU
OU DES CANDIDAT(S)-TE(S) À L'ADOPTION**

Déposée par Mme / Mr* :

et Mme / Mr* :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone du domicile :

Numéros de téléphone auxquels vous pouvez être joints dans la journée :

Mme / Mr* Nom, Prénom :

Tél :

Mme / Mr* Nom, Prénom :

Tél :

Adresse électronique de :

Mme / Mr* :@.....

Mme / Mr* :@.....

Ce questionnaire sera remis au travailleur social et au psychologue qui vous rencontreront dans le cadre de l'instruction de votre candidature.

Ce document ne constitue pas un engagement définitif de votre projet d'adoption que vous serez amené à préciser au fil de vos réflexions.

Le présent formulaire fait l'objet d'un traitement informatisé des informations. Conformément à la loi 78-17 du 06.01.78, vous pouvez exercer votre droit d'accès.

IDENTIFICATION DU OU DE LA CANDIDAT(E) 1

ETAT CIVIL

Mme Mr

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Nationalité :

Si double nationalité à préciser :

SITUATION FAMILIALE

▪ **Situation familiale actuelle :**

Marié(e) Marié(e), séparé(e) de corps Marié(e), séparé(e) de fait

Pacsé(e) Célibataire Veuf(ve)

Divorcé(e) Vie maritale

Date :

▪ **Situation familiale antérieure :**

Mariage Veuvage Pacs Vie maritale

Célibat Séparation Divorce

Observations :

.....

IDENTIFICATION DU OU DE LA CANDIDAT(E) 2

ETAT CIVIL

Mme Mr

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Nationalité :

Si double nationalité à préciser :

SITUATION FAMILIALE

▪ **Situation familiale actuelle :**

Marié(e) Marié(e), séparé(e) de corps Marié(e), séparé(e) de fait

Pacsé(e) Célibataire Veuf(ve)

Divorcé(e) Vie maritale

Date :

▪ **Situation familiale antérieure :**

Mariage Veuvage Pacs Vie maritale

Célibat Séparation Divorce

Observations :

.....

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

- **Enfants du couple**

Il s'agit des enfants du couple, que ceux-ci soient au foyer ou en dehors du foyer.

Nom	Prénom	Date de naissance	Filiation biologique ou adoptive	Adresse actuelle	Situation scolaire ou professionnelle
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

- **Enfants du candidat 1**

Il s'agit des enfants qui sont au foyer ou en dehors du foyer.

Nom	Prénom	Date de naissance	Filiation biologique ou adoptive	Adresse actuelle	Situation scolaire ou professionnelle
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

▪ **Enfants du candidat 2**

Il s'agit des enfants qui sont au foyer ou en dehors du foyer.

Nom	Prénom	Date de naissance	Filiation biologique ou adoptive	Adresse actuelle	Situation scolaire ou professionnelle
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

▪ **Personnes au foyer, autres que les enfants**

Il s'agit d'indiquer le nombre des personnes vivant en permanence dans votre foyer ou susceptibles d'y faire des séjours prolongés (plusieurs mois) : parents, grands-parents, membres de la famille etc.

Nom et prénom de la personne	Lien de parenté	Temps de présence
.....
.....
.....
.....
.....

COMPOSITION DE LA FAMILLE DU CANDIDAT 1

▪ **Parents du candidat**

Nom et prénom	Date de naissance	Nombre d'enfants	Lieu de résidence*
...../...../.....
...../...../.....

▪ **Frères et sœurs du candidat**

Nom et prénom	Date de naissance	Lieu de résidence*
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

COMPOSITION DE LA FAMILLE DU CANDIDAT 2

▪ **Parents du candidat**

Nom et prénom	Date de naissance	Nombre d'enfants	Lieu de résidence*
...../...../.....
...../...../.....

▪ **Frères et sœurs du candidat**

Nom et prénom	Date de naissance	Lieu de résidence*
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

SITUATION PROFESSIONNELLE

▪ **Profession du ou de la candidat(e) 1**

Profession :

Employeur :

Adresse :

▪ **Profession du ou de la candidat(e) 2**

Profession :

Employeur :

Adresse :

BUDGET

Ressources mensuelles	
Salaire mensuel net candidat 1	
Salaire mensuel net candidat 2	
Autres revenus	
Total	

Charges mensuelles	
Montant du loyer	
Montant du remboursement d'emprunts	
Autres charges	
Total	

LOGEMENT

Nombre de pièces, éventuellement surface habitable :

Êtes-vous locataire : oui non

Êtes-vous propriétaire : oui non

Observations :

.....

VOTRE PROJET D'ADOPTION

S'agit-il d'une première demande ? oui non

Avez-vous déjà sollicité un agrément dans un autre département ? oui non

si oui,

- dans quel département ?

- en quelle année ?

- suite donnée :

S'il s'agit d'une demande de renouvellement, veuillez indiquer la date

de l'agrément initial :/...../.....

Souhaitez-vous vous orienter vers une demande d'agrément :

- en vue d'une adoption intrafamiliale : oui non

- en vue d'un recueil légal d'un enfant en France : oui non

Si vous êtes pacsé(s)-ée(s), en vie maritale ou séparé(s)-ée(s) de fait, veuillez indiquer quel(le) sera le ou la titulaire de l'agrément :

Mme / Mr* Nom, Prénom :

Avez-vous déjà participé à une réunion d'information :

- du conseil départemental ? oui non

à quelle(s) date(s) ?

- d'autres organismes ? oui non

à quelle(s) date(s) ?

Avez-vous eu un entretien individuel avec un responsable du service de l'aide sociale

à l'enfance ? oui non

Les entretiens avec l'assistante sociale et le psychologue seront l'occasion d'échanges pour développer vos réflexions et préciser vos intentions concernant votre projet d'adopter un enfant.

* Rayer la mention inutile

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ESSONNE
Direction de la prévention et de la protection de l'enfance

Service des adoptions et de l'accès aux origines

Tour Malte – 6e étage
Boulevard de France
91012 EVRY cedex

Tél. : 01 60 91 98 17
Fax : 01 60 91 95 64
adoptions@essonne.fr
www.essonne.fr

Ouvert sans interruption :
lundi et jeudi de 9h à 17h
mardi, mercredi et vendredi :
9h à 12h30 / 13h30 à 17h



Direction de la prévention et de la protection
de l'enfance
Service des adoptions et de l'accès aux origines

EXEMPLE DE CERTIFICAT MEDICAL DATANT DE MOINS DE 3 MOIS

**A ETABLIR INDIVIDUELLEMENT POUR CHAQUE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE
DU (DES) DEMANDEUR(S) ET**

PAR UN MEDECIN DE VOTRE CHOIX

Conformément au Code de l'action sociale et des familles (Art.R 225-3),

Je soussigné, Dr Prénom, Nom

Exerçant à

N° d'identification au Conseil de l'ordre des médecins :

Certifie que :

Madame*

Monsieur*

Domicilié-e :

« ne présente aucune contre-indication à l'accueil d'enfants en vue d'adoption ».

Fait à, le

Signature

**Rayer la mention inutile*