|  |
| --- |
| Direction de la qualité, de l’évaluation, de la performance et de l’éthique (DQEPE) |

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION AFIN DE DEVENIR FAMILLE D’ACCUEIL POUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN DIFFICULTÉ**

Nous vous rappelons que pour être admissible à devenir famille d’accueil, vous devez répondre à l’ensemble des critères suivants :

* Être majeur
* Être citoyen canadien ou résident permanent du Canada
* Avoir son lieu de résidence principal dans la région de Lanaudière
* Avoir une bonne maitrise de la langue française, parlée et écrite
* Être en bonne santé physique et psychologique (références médicales à l’appui)
* N’avoir aucun antécédent judiciaire en lien avec la fonction (vérification des antécédents)
* Vivre seul, en couple ou en famille. En situation de vie de couple, une stabilité est requise (minimum de 3 ans de vie commune)
* Démontrer une stabilité et un équilibre aux plans personnel et familial
* Être en mesure d’offrir une disponibilité suffisante, dont une présence parentale à temps plein au foyer lorsque requis par les besoins particuliers d’un enfant âgé de 0 à 5 ans
* Ne pas avoir fait l’objet, au cours des 5 dernières années, de suivi DPJ au sein de la famille dans le cadre d’un signalement retenu, d’une intervention du système de justice pénale pour adolescents (LSJPA), ou de tout autre suivi professionnel pour de l’aide en lien avec des problèmes relationnels parent/enfant (vérification au système clientèle)
* Offrir un milieu de vie sécuritaire répondant aux exigences établies (conformité à la loi du bâtiment; conformité aux normes environnementales déterminées par notre établissement)
* Maintenir une assurance habitation, biens et responsabilité civile, valide
* Ne pas avoir eu recours, depuis 3 ans, à une loi visant l’insolvabilité (faillite, proposition de consommateur), et avoir une situation financière stable
* Ne pas avoir fait l’objet, au cours des 3 dernières années, d’une révocation ou suspension de reconnaissance, en tant que ressource ou famille d’accueil
* Posséder une formation valide et reconnue en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général s’adressant aux enfants de 0 à 17 ans
* Respecter les règlements municipaux en matière d’animaux (nombre et races).

***Si vous ne répondez pas à l’un ou l’autre de ces prérequis, veuillez svp vous abstenir de compléter le présent formulaire, puisque votre candidature sera automatiquement rejetée.***

**N.B. Si vous vivez en couple, il est important d’inclure votre conjoint(e) à titre de postulant 2.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET COORDONNÉES** | | | | |
|  | **Postulant 1** | | **Postulant 2** | |
| **Nom et prénom** |  | |  | |
| **Date de naissance** |  | |  | |
| **Adresse complète** |  | |  | |
| **Téléphone (domicile)** |  | |  | |
| **Téléphone (cellulaire)** |  | |  | |
| **Numéro d’assurance sociale** |  | |  | |
| **Courriel** |  | |  | |
| **État civil** | **Célibataire**  **Conjoint de fait**  ***Début de la cohabitation :***  **Marié**  ***Date du mariage :*** | | | |
| **Citoyenneté** |  | |  | |
| **Langue d’usage au foyer** |  | | | |
| **Langue(s) maitrisée(s)** |  | |  | |
| **Occupation/emploi** |  | |  | |
| **Employeur** |  | |  | |
| **Date d’embauche** |  | |  | |
| **Horaire de travail** |  | |  | |
| **Lieu de travail** |  | |  | |
|  | | | | |
| **Possession d’un permis de conduire valide** | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
| **Véhicule personnel pour ses déplacements** | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
| **Présence de problèmes de santé physique ou mentale (+ précisez : )** | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
| ***Précisez :*** | | ***Précisez :*** | |
| **Antécédents judiciaires** | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
| ***Précisez (date et délit) :*** | | ***Précisez (date et délit) :*** | |
| **Consommation de cigarette, alcool et/ou drogue** | **Cigarette**  **Alcool** | **Cannabis**  **Drogue** | **Cigarette**  **Alcool** | **Cannabis**  **Drogue** |
| ***Précisez (lieu et fréquence):*** | | ***Précisez (lieu et fréquence):*** | |
| **Recours à une loi sur l’insolvabilité au Canada (faillite, proposition de consommateur) au cours des trois dernières années** | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
| ***Précisez :*** | | ***Précisez :*** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE ET AUTRES PERSONNES RÉSIDANT AU FOYER** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Avez-vous des enfants** ? : | | | **Oui** | **Non** | | | | | | | |
| *Nom, prénom* | | *Date de naissance* | | *Réside au foyer* | | | *Type de garde* | | | | |
| *Oui* | | *Non* | *Complète* | | *Partagée* | | |
| 1. | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 2. | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 3. | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 4. | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 5. | |  | |  | |  |  | |  | | |
| **Est-ce que l’un ou l’autre de vos enfants ont fait l’objet d’un signalement et/ou d’un suivi à la DPJ ou en vertu de la LSJPA (jeunes contrevenants)?**  Oui Non *Indiquez la date* : | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Est-ce que d’autres personnes que vous et vos enfants résident au foyer?  *Si oui, veuillez compléter les informations suivantes svp :*** | | | | | | | | Oui | | Non | |
| *Nom, prénom* | *Date de naissance* | | | | *Nature du lien* | | | *Antécédents judiciaires* | | | |
| *Oui* | | | *Non* |
|  |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS RELATIFS À VOTRE MILIEU DE VIE** | | | | |
|  | | | | |
| **Êtes-vous** | **Propriétaire** | **Locataire** | | |
| *Est-ce que votre propriétaire est d’accord avec votre projet?* | Oui | Non |
| **Possédez-vous une assurance habitation :** | | | Oui | Non |
| **La ou les chambres disponibles pour accueillir un enfant sont-elles d’une superficie minimale de 80 pieds carrés (8 pi par 10 pi) :** | | | Oui | Non |
| **Si vous désirez accueillir un enfant âgé entre 0 et 5 ans, la chambre disponible est-elle sur le même palier que votre propre chambre :** | | | Oui | Non |
| **Si vous désirez accueillir un enfant âgé entre 0 et 5 ans, disposez-vous d’un espace extérieur de jeu clôturé :** | | | Oui | Non |
| **Possédez-vous un nombre suffisant de salles de bain, à savoir une salle de bain complète pour 5 personnes (incluant les membres de votre famille) :** | | | Oui | Non |
| **Est-ce que votre maison est en bon état, sécuritaire et conforme aux normes du code du bâtiment ainsi qu’aux règlements municipaux :** | | | Oui | Non |
| **Possédez-vous des animaux ?**  ***Si oui, svp précisez le nombre et la race :*** | | | Oui | Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS RELATIFS À VOTRE PROJET DE FAMILLE D’ACCUEIL** | | | |
|  | | | |
| **Avez-vous déjà présenté par le passé une demande pour devenir famille d’accueil?** | | **Oui** | **Non** |
| **Si oui, dans quelle région?**  *Précisez l’issue (conclusion) de cette demande :* | | | |
|  | | | |
| **Depuis quand songez-vous à devenir famille d’accueil?** *(précisez svp)* | | | |
| **Qu’est-ce qui vous motive à vouloir devenir famille d’accueil ?** *(précisez svp)* | | | |
| **Est-ce que votre projet de famille d’accueil est un projet personnel ou familial?** *(précisez svp)* | | | |
| **Quels types d’enfants aimeriez-vous accueillir :** | **Fille**  **Garçon** | | |
| **Groupe(s) d’âge :** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Parmi les troubles adaptatifs suivant, pouvant se retrouver chez les enfants et les adolescents de notre clientèle, indiquez ceux avec lesquels vous seriez à l’aise de partager votre quotidien :** | | | |
| Trouble du spectre de l’autisme |  | A des peurs, des phobies irrationnelles, incontrôlées |  |
| Troubles de l’attachement |  | Enfant qui a tendance à voler |  |
| Troubles d’apprentissage |  | Enfant qui utilise les biens d’autrui sans permission |  |
| Syndrome alcoolo foetal |  | Enfant qui touche les autres de façon inappropriée |  |
| Enfant présentant une problématique de santé mentale |  | Parle trop près du visage des gens |  |
| Enfant ayant été victime d’abus sexuel |  | A des comportements sexuels inadéquats |  |
| Enfant ayant été victime d’abus physique |  | A des difficultés de sommeil |  |
| Trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) |  | Change d’humeur sans raison apparente |  |
| Enfant présentant un problème d’encoprésie et/ou d’énurésie |  | Parle de suicide |  |
| Enfant qui demande des suivis médicaux spécifiques (ex : pédopsychiatrie, psychologue, ergothérapie, orthophonie, etc.) |  | Fait des fugues |  |
| Présente des problématiques de langage |  | Consomme de l’alcool ou des drogues |  |
| Enfant qui résiste aux consignes et aux demandes des adultes |  | Ment à différents propos et ce de façon régulière |  |
| Enfant qui refuse de se rendre à l’école |  | Provoque des disputes ou batailles |  |
| Enfant qui présente un dysfonctionnement scolaire important (ex. expulsion, plan d’intervention, etc. |  | Réagit agressivement aux critiques/refus |  |
| Attire inadéquatement l’attention |  | Crie ou hurle lorsqu’en colère |  |
| Effectue des rituels |  | S’automutile (se mord, se frappe, se gratte) |  |
| Bouge et/ou parle continuellement |  | Émet des comportements agressifs (ex : crache sur les autres, menace verbalement, lance ou frappe des objets, agresse physiquement, etc.) |  |
| Enfant qui parle fort et/ou coupe continuellement la parole |  | Pleure sans arrêt sur de longues périodes de temps (se montre inconsolable) |  |
| L’enfant envahissant, qui ne respecte pas les frontières des autres |  | L’enfant qui est exagérément passif et difficile à mobiliser |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avez-vous assisté à une séance d’information, si oui, la date :** | |  |
| **Pour une rencontre de sélection en présentiel, est-il préférable pour vous une rencontre de :** | | |
| Jour entre 8h30 et 16h30 | Soir entre 18h00 et 20h00 | |

Pour un traitement rapide, veuillez svp privilégier l’envoi de votre formulaire complété via l’adresse courriel suivante :

[Familledaccueil\_recrutement.cissslan@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Familledaccueil_recrutement.cissslan@ssss.gouv.qc.ca)

Vous pouvez également nous le faire parvenir par voie postale à l’adresse suivante :

**CISSS de Lanaudière**

Équipe évaluation RI-RTF

260 rue Lavaltrie sud

Joliette (Québec)

J6E 5X7

Sur réception de votre document, nous communiquerons avec vous via courriel pour vous convoquer à une rencontre de sélection de groupe.

Nous tenons à vous remercier de l’intérêt que vous manifestez à devenir famille d’accueil.