

Formulaires modèles recommandés à utiliser dans le cadre de la Convention Adoption de 1993

Enfant



Formulaire modèle recommandé No 3

Rapport médical sur l'enfant (art. 16)

Formulaire modèle recommandé No 3

Rapport médical sur l'enfant (art. 16)

Formulaire modèle recommandé No 3

Rapport médical sur l'enfant (art. 16)

ARTICLE 16 DE LA CONVENTION ADOPTION DE 1993

Article 16

- (1) *Si l'Autorité centrale de l'Etat d'origine considère que l'enfant est adoptable, a) elle établit un rapport contenant des renseignements sur l'identité de l'enfant, son adoptabilité, son milieu social, son évolution personnelle et familiale, son **passé médical** et celui de sa famille, ainsi que sur ses besoins particuliers ; [...]*
- (2) *Elle transmet à l'Autorité centrale de l'Etat d'accueil son rapport sur l'enfant, la preuve des consentements requis et les motifs de son constat sur le placement, en veillant à ne pas révéler l'identité de la mère et du père, si, dans l'Etat d'origine, cette identité ne peut pas être divulguée.*

RUBRIQUE EXPLICATIVE¹

1. Que contient ce Formulaire modèle recommandé ?

Ce Formulaire reprend l'un des aspects du rapport sur l'enfant mentionné à l'article 16(1) de la Convention Adoption de 1993 ; à savoir : le passé médical de l'enfant et celui de sa famille, ainsi que les besoins particuliers de l'enfant.

2. Quand ce rapport doit-il être rédigé ?

Ce rapport doit être établi lorsque l'Autorité centrale de l'État d'origine considère que l'enfant est adoptable.

Les autorités compétentes de l'État contractant concerné doivent veiller à ce que ce Formulaire soit conservé (voir art. 9(a), 30 et 31 de la Convention).

3. Qu'en est-il de la protection des données à caractère personnel ?

L'article 16(2) prévoit que les autorités doivent veiller « à ne pas révéler l'identité de la mère et du père, si, dans l'État d'origine, cette identité ne peut être divulguée ».

¹ Le présent Formulaire modèle peut faire l'objet d'adaptations eu égard à la législation nationale. À titre d'exemple, selon le droit interne des États, certaines informations figurant dans le Formulaire peuvent ne pas être communiquées aux futurs parents adoptifs. Les données à caractère personnel ne peuvent pas être divulguées tant que l'apparement n'a pas eu lieu.

Le présent Formulaire modèle complète tout rapport sur l'enfant rédigé préalablement ou au moment de son placement dans une institution de protection de remplacement. Il peut être complété par le Formulaire modèle recommandé No 2 « Rapport sur l'enfant (art. 16) ».

Ainsi, chaque État devra adapter le rapport en fonction de ses propres exigences et restrictions relatives à la loi sur la protection des données.

4. Le recours à ce Formulaire modèle est-il obligatoire ?

Non, il s'agit seulement d'un Formulaire modèle recommandé, qui peut nécessiter une adaptation de la part de chaque État.

FORMULAIRE MODÈLE RECOMMANDÉ

Rapport médical sur l'enfant (art. 16)

Le rapport doit être établi par un médecin dûment autorisé.

Veillez répondre à toutes les rubriques.

Si l'information demandée n'est pas connue, veuillez indiquer « inconnu ».

Nom de l'enfant :	-----	
Date de naissance :	-----	
Genre :	-----	
Lieu de naissance :	-----	
Nationalité :	-----	
Nom de la mère :	-----	
Date de naissance :	-----	
Nom du père :	-----	
Date de naissance :	-----	
Nom de l'institution actuelle :	-----	
Placé depuis :	-----	
Poids :	à la naissance :	----- kg
	lors de l'admission :	----- kg
Taille :	à la naissance :	----- cm
	lors de l'admission :	----- cm
La grossesse et l'accouchement se sont-ils déroulés normalement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Ne sais pas

Où l'enfant a-t-il habité ?	<input type="checkbox"/> avec sa mère :	du _____ (date) au _____ (date).	
	<input type="checkbox"/> avec de la famille :	du _____ (date) au _____ (date).	
	<input type="checkbox"/> soins en établissement privé :	du _____ (date) au _____ (date).	
	<input type="checkbox"/> dans une institution ou un hôpital :	du _____ (date) au _____ (date).	
	veuillez indiquer ci-dessous le nom de(s) (l')institution(s) concernée(s) :		-----
L'enfant a-t-il été malade par le passé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Maladies infantiles ordinaires (coqueluche, rougeole, varicelle, rubéole, oreillons)	-----
		<input type="checkbox"/> Tuberculose	-----
		<input type="checkbox"/> Convulsions (y compris convulsions fébriles)	-----
		<input type="checkbox"/> Autre maladie	-----
		<input type="checkbox"/> A-t-il été exposé à une maladie contagieuse	-----
	veuillez indiquer l'âge de l'enfant pour chaque maladie, et faire mention d'éventuelles complications :		-----
	<input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Sais pas			
L'enfant a-t-il été vacciné contre les maladies suivantes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Tuberculose (B.C.G.). Date du vaccin :	-----
		<input type="checkbox"/> Diphtérie. Date du vaccin :	-----
		<input type="checkbox"/> Tétanos. Date du vaccin :	-----
		<input type="checkbox"/> Coqueluche. Date du vaccin :	-----

	<input type="checkbox"/> Poliomyélite. Date du vaccin : -----	-----
	<input type="checkbox"/> Hépatite A. Date du vaccin : -----	-----
	<input type="checkbox"/> Hépatite B. Date du vaccin : -----	-----
	<input type="checkbox"/> Autres vaccins. Veuillez préciser lesquels et les dates des vaccins : -----	-----
<input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Ne sais pas		
L'enfant a-t-il été soigné à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/> Oui, veuillez indiquer le nom de l'hôpital, l'âge de l'enfant, le diagnostic et le traitement : -----	-----
	<input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Veuillez donner si possible une description du développement mental de l'enfant, de son comportement et de ses capacités :	Visuel :	Quand l'enfant a-t-il été capable de fixer ? ----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	Auditif :	Quand l'enfant a-t-il été capable de réagir et de tourner la tête à l'entente d'un son ? ----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	Motricité :	Quand l'enfant a-t-il été capable de s'asseoir sans aide ? ----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
		De se tenir debout avec appui ? ----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
		De marcher sans appui ? ----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	Langage :	Quand l'enfant a-t-il commencé à babiller ? ----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
		A dire des mots simples ? ----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
		A faire des phrases ? ----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas

	Contact :	Quand l'enfant a-t-il commencé à sourire ?	----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
		Comment réagit-il envers des inconnus ?	----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
		Comment communique-t-il avec les adultes et les autres enfants ?	----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	Émotif :	Comment l'enfant manifeste-t-il ses émotions (colère, malaise, déception, joie) ?	----- <input type="checkbox"/> Ne sais pas

Examen médical de l'enfant

Date de l'examen médical :	-----	
Poids :	----- kg Date : -----	
Taille :	----- cm Date : -----	
Tour de tête :	----- cm Date : -----	
Couleur des cheveux :	-----	
Couleur des yeux :	-----	
Couleur de la peau :	-----	
Grâce à un examen clinique complet de l'enfant, j'ai constaté les symptômes, les déficiences ou anomalies suivants :	Date de l'examen :	-----
	Tête (forme du crâne, hydrocéphale, craniotabès) :	-----
	Bouche et pharynx (bec-de-lièvre ou palais fendu, dents) :	-----
	Yeux (vision, strabisme, infections) :	-----
	Oreilles (infections, écoulement, ouïe déficiente, difformité) :	-----
	Organes du thorax (cœur, poumons) :	-----

	Glandes lymphatiques (adénite) :	-----
	Abdomen (hernie, foie, rate) :	-----
	Organes génitaux (hypospadias, testicules, rétention) :	-----
	Colonne vertébrale (cyphose, scoliose) :	-----
	Extrémités (pes equinus, valgus, piet bot, pes calcaneovarus, inflexion de la hanche, spasmodicité, parésie) :	-----
	Peau (eczéma, infections, parasites) :	-----
	Autres maladies :	-----
L'enfant présente-t-il des symptômes de syphilis ?	Résultat de tests de dépistage de la syphilis (dates et années) :	-----
	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait	
Symptômes de tuberculose ?	Résultat de tests de dépistage de la tuberculose (dates et années) :	-----
	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait	
Symptômes d'Hépatite A ?	Résultat de tests de dépistage de l'Hépatite A (dates et années) :	-----
	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait	
Symptômes d'Hépatite B ?	Résultat des tests HBsAg (dates et années) :	-----
	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait	

	Résultat des tests HBs (dates et années) : _____
	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait
	Résultat des tests HBeAg (dates et années) : _____
	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait
	Résultat des tests HBe (dates et années) : _____
	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait
Symptômes de Sida ?	Résultat de tests HIV (dates et années) : _____
	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait
Symptômes d'autres maladies infectieuses ?	_____
L'urine contient-elle ?	<input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Acétone

Selles (diarrhée, constipation) :	Examens parasitaires : <input type="checkbox"/> Positif _____ Sortes : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait
L'enfant souffre-t-il d'une maladie mentale, d'arriération ?	_____
Veuillez décrire le développement mental, le comportement et les capacités de l'enfant. <i>Cette description est particulièrement importante pour conseiller les futurs parents.</i>	_____
Autres commentaires :	_____

Signature et cachet du médecin qui a examiné l'enfant :

Date : _____.

HCCH - Bureau Permanent

Churchillplein 6b
2517 JW La Haye
Pays-Bas

Tél. : +31 70 363 3303
Fax : +31 70 360 4867
secretariat@hcch.net
www.hcch.net



Hague Conference on Private International Law
Conférence de La Haye de droit internationa privé
Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado