

**CONSENTEMENT SPÉCIAL POUR L'ADOPTION D'UN ENFANT DOMICILIÉ HORS DU QUÉBEC
 PAR UNE PERSONNE DOMICILIÉE AU QUÉBEC**

Lisez attentivement le présent document avant de le compléter. Vous devriez, avant de le signer, obtenir tous les conseils et informations que vous souhaitez sur les conséquences de votre consentement. Ne le signez que si vous en comprenez pleinement chaque proposition. Vous devriez recevoir une copie de ce document et, si possible, la conserver pour vos dossiers personnels. Vous devez n'avoir reçu ni paiement ni contrepartie d'aucune sorte tendant à obtenir votre consentement.

Identification de l'enfant :

Nom de famille *Prénom(s) ou surnom(s)*

Né(e) le : _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Né(e) à : _____
Lieu de naissance de l'enfant

La mère de l'enfant :

signe ce consentement
 signe un consentement joint
 est décédée ou inconnue
 est déchu de ses droits

Nom de famille de la mère *Prénom(s) ou surnom(s) de la mère*

Le père de l'enfant :

signe ce consentement
 signe un consentement joint
 est décédé ou inconnu
 est déchu de ses droits

Nom de famille du père *Prénom(s) ou surnom(s) du père*

Sexe de l'enfant : masculin féminin

Actuellement, l'enfant est domicilié à l'adresse suivante :

Déclaration

Je, soussigné(e) :

Nom de famille *Prénom(s) ou surnom(s)*

Né(e) le : _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Ayant mon domicile à l'adresse suivante :

déclare ce qui suit :

1. Je suis la mère, le père, le tuteur légal de l'enfant.
2. Je donne librement, sans pression ni contrainte, mon consentement à l'adoption de cet enfant.
3. Je donne mon consentement en faveur de :

Nom de famille et prénom(s) de la mère adoptive *Nom de famille et prénom(s) du père adoptif*

Adresse

4. Je sais que l'adoption de cet enfant aura pour effet d'établir un lien de filiation avec le ou les parent(s) adoptif(s).
5. Je donne mon consentement à une adoption qui aura pour effet de rompre définitivement le lien de filiation existant entre cet enfant et sa famille biologique.
6. J'ai été averti(e) que je peux retirer mon consentement jusqu'au _____ et qu'après cette date, mon consentement sera irrévocable.

Je déclare avoir compris le sens et la portée de ce qui précède.

Lieu : _____, date : _____

Signature du déclarant ou marque en tenant lieu

ATTESTATION DE TÉMOIN(S)

(si requise par la loi ou les circonstances, par exemple pour le cas des personnes illettrées ou handicapées)

Nom de famille Prénom(s) Signature

Nom de famille Prénom(s) Signature

Nom de famille Prénom(s) Signature

Nom de famille Prénom(s) Signature

ATTESTATION DE L'AUTORITÉ HABILITÉE À RECEVOIR LE CONSENTEMENT

Nom de l'autorité

Adresse

Titre ou qualité du signataire

Je certifie que le déclarant (et les témoins) visé(s) ci-dessus a (ont) comparu devant moi et signé le présent document en ma présence.

Signature et sceau