



INSTITUT DU BIEN-ETRE SOCIAL ET DE RECHERCHES
DEMANDE D'AUTORISATION DE FONCTIONNER EN HAITI COMME INTERMEDIAIRE A L'ADOPTION
FICHE D'IDENTIFICATION DES ORGANISMES AGREES D'ADOPTION

Dénomination de l'OAA:		Pays:	
Région ou Etat:		Téléphone :	
Adresse :		Site internet :	
Adresse email :		Date d'accréditation vers Haïti :	
Date de création :		Date de fonctionnement en Haïti :	
Date d'expiration de l'accréditation vers Haïti:		Nom du correspondant en Haïti :	
Nom du Responsable de l'OAA :			
Membres Conseil des Directeurs et/ou d'Administration de l'OAA			
MISSION ET OBJECTIFS DE L'OAA			

Identifier les maisons d'enfants (crèches ou orphelinats) avec lesquelles l'OAA à travailler au cours de 2012-2014		
Dénomination maisons d'enfants	Responsables maisons d'enfants	Coût de l'adoption par maisons d'enfants
Autres Activités en Haïti	Zone (s) d'intervention:	Partenaire (s)
<p>Les responsables de l'OAA sont-ils propriétaires ou membres actifs d'une maison d'enfants (crèches ou orphelinats) en Haïti ? Oui _____ Non _____ Si oui, identifier la maison d'enfants _____</p> <p>Les responsables de l'OAA sont-ils membres de Conseil d'administration d'une maison d'enfants (crèches ou orphelinats) en Haïti ? Oui _____ Non _____ Si oui, identifier la maison d'enfants _____</p>		
<u>Budget de l'exercice en cours</u>		
<i>Fonctionnement :</i>	<i>Investissement :</i>	
<i>Pourcentage :</i>		
<u>Budget de l'exercice précédent</u>		
<i>Fonctionnement :</i>	<i>Investissement :</i>	
<i>Pourcentage :</i>		
<i>Coût de l'adoption par parent adoptif :</i>		

Les professionnels de l'OAA

Psychologues Nombre _____ Pédopsychiatres Nombre _____
Travailleurs sociaux Nombre _____ Médecins Nombre _____
Avocats Nombre _____ Infirmières Nombre _____
Bénévoles Nombre _____ Autres _____

Je, soussigné(e) _____ déclare solennellement que les informations fournies dans le présent formulaire sont véridiques et correctes à cette date. Je reconnais que toutes fausses déclarations peuvent entraîner l'annulation pure et simple de ma demande ou ultérieurement l'annulation de mon autorisation d'intervention en Haïti comme intermédiaire à l'adoption.

Signature _____

Date _____

CETTE PARTIE EST RESERVEE A L'IBESR

Décision Finale

Demande d'autorisation de fonctionnement agréée Date _____

Demande d'autorisation de fonctionnement rejetée Date _____

Observations : _____

Signatures autorisées

Fonctionnaire _____

Responsable _____