

**Consentement aux fins de transmission de renseignements
en cas de décès du père biologique**

Advenant que mon décès survienne avant le traitement de la demande de renseignements sur mon enfant et que cet enfant demande à me connaître;

OU

Advenant que mon décès survienne avant le traitement de la demande de retrouvailles et que cet enfant le souhaite;

Je consens à ce que mon identité (nom, prénom, date de naissance), soit transmise à mon enfant.

Si mon enfant manifeste le désir de connaître la fratrie ou autre membre de la famille, j'autorise et j'affirme que les personnes identifiées ci-dessous sont au courant et d'accord pour que leur identité soit révélée.

Nom _____ date de naissance : _____

Nom du conjoint s'il y a lieu : _____ lien de parenté: _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ date de naissance : _____

Nom du conjoint s'il y a lieu : _____ lien de parenté : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

En tout temps je me réserve le droit de révoquer ou de modifier par écrit le présent consentement.

En foi de quoi, j'ai signé à: _____ ce _____^{ième} jour de 20 _____

Signature

Témoin obligatoire: _____

Lettres moulées

Signature du témoin : _____

Adresse du témoin: _____