

**Consentement aux fins de transmission de renseignements en cas de décès
d' une personne adoptée ou non-adoptée**

Advenant que mon décès survienne avant le traitement de la demande d'antécédents sociobiologiques et si **ma mère** et/ou **mon père** demande(nt) à me connaître;

OU

Advenant que mon décès survienne avant le traitement de la demande de retrouvailles et si **ma mère** et/ou **mon père** souhaite(nt) me rencontrer;

Je consens à ce que mon identité (nom, prénom, date de naissance), soit transmise à mes parents biologiques : **Oui** **Non**

Dans l'affirmative, si mes parents manifestent le désir de connaître d'autres membres de ma 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: _____