

Consentement aux fins de transmission de renseignements
en cas de décès de la mère 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: _____