

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
REGISTRE NATIONAL DES REFUS**

Cette inscription n'est possible qu'à partir de l'âge de 13 ans

NOM DE NAISSANCE :

NOM USUEL :

PRÉNOM(S) (*ordre d'état civil*) :

SEXE : MASCULIN FÉMININ

NÉ(E) LE (*jour/mois/année*) :/...../.....

LIEU DE NAISSANCE, VILLE :

DEPARTEMENT (*si France*) : PAYS :

ADRESSE :

.....

VILLE :CODE POSTAL :

JE M'OPPOSE À TOUT DON D'ÉLÉMENTS DE MON CORPS, APRÈS MA MORT * :

pour soigner les malades (*greffe d'organes et de tissus*)

pour aider la recherche scientifique (*attention : différent du don du corps à la science*)

pour rechercher la cause médicale du décès : autopsie (*exceptées les autopsies judiciaires auxquelles nul ne peut se soustraire*)

Je souhaite recevoir une confirmation de mon inscription **

C'est une demande de modification de ma précédente inscription

Date :/...../.....

Signature :

Retourner ce formulaire sous enveloppe affranchie au tarif lettre à :

**Agence de la biomédecine
Registre national des refus
1 avenue du Stade de France
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX**

Joindre obligatoirement à l'envoi :

→ **la photocopie lisible** d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité, permis de conduire, titre de séjour, passeport...);

→ **une enveloppe timbrée** à vos nom et adresse pour recevoir la confirmation de votre inscription si vous l'avez demandée.

Tout changement d'état civil doit être signalé, les changements d'adresse n'ont pas besoin d'être signalés.

Les informations nominatives vous concernant sont enregistrées dans le système informatique du registre national des refus. Elles sont confidentielles et, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez du droit d'accès et de rectification en écrivant au registre national des refus, à l'adresse ci-dessus, en joignant la copie d'une pièce d'identité.

* Cocher la ou les cases correspondantes à vos choix

** Merci de joindre une enveloppe timbrée à vos nom et adresse