

Date

Je soussigné(e) Docteur

Médecin psychiatre certifié suivre en psychothérapie (nom / prénom actuel)

Né(e) depuis (plusieurs mois) (plusieurs années) de façon très régulière et qui est atteint(e) de dysphorie du genre. Cette personne suit un processus de réassignation sexuelle avec hormonothérapie (psychothérapie et éventuellement chirurgie).

Je soussigné(e) Dr Certifie que le choix du prénom est

Signature