

Date

Je soussigné(e) certifie que « nom et prénom (état civil) » dit « prénom d'usage », né(e) le (date de naissance) présente une dysphorie du genre (F -> M) ou (M->F) évoluent depuis l'enfance.

Il n'existe aucune contre-indications Psychique ou mentale aux traitements médicaux pour la réassignation de genre qu'il ou qu'elle souhaite

Tampon + signature