

Le DATE

Je soussigné,

Docteur en médecine, certifie que Mr. NOM Prénom, né le DATE, et domicilié LIEU à LOCALITE, N° d'identification du Registre National XXXX.XX.XXX.XX,

1°) a la conviction intime, constante et irréversible d'appartenir au sexe opposé à celui qui est indiqué dans l'acte de naissance.

2°) a subi une réassignation sexuelle qui le fait correspondre au sexe opposé, auquel l'intéressé a la conviction d'appartenir, dans toute la mesure de ce qui est possible et justifiable du point de vue médical.

3°) Je certifie que l'intéressé n'est plus en mesure de concevoir des enfants conformément au sexe précédent.

Psychiatre