

# Demande d'ouverture Reconnaissance en paternité

## Information concernant le père

Nom de famille	
Nom de célibataire	
Prénom(s)	
Etat civil actuel	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Date et lieu du mariage actuel : _____ Date et lieu du divorce : _____ Date et lieu du précédent mariage : _____
Nationalité (lieu/x d'origine pour les citoyens suisses)	
Lieu de naissance (pays, ville)	
Date de naissance (jour, mois, année)	
Domicile (adresse complète)	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	

## Information concernant la mère

Nom de famille	
Nom de célibataire	
Prénom(s)	
Etat civil actuel	Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Date et lieu du mariage actuel : _____ Date et lieu du divorce : _____ Date et lieu du précédent mariage : _____
Nationalité (lieu/x d'origine pour les citoyens suisses)	
Lieu de naissance (pays, ville)	
Date de naissance (jour, mois, année)	
Domicile (adresse complète)	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	

## Reconnaissance prénatale

Date de naissance prévue	
--------------------------	--

## Reconnaissance postnatale

Nom de famille avant la reconnaissance	
Nom de famille souhaité après la reconnaissance (sous réserve des dispositions légales)	
Prénom(s)	
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Lieu et date de naissance	

## Autorité parentale conjointe

Souhaitez-vous signer, simultanément, une déclaration d'autorité parentale conjointe lors de votre rendez-vous ? (Cochez ce qui convient)

Oui

Non

## Enfant(s) commun(s)

### Enfant 1

Nom de famille	
Prénom(s)	
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Lieu et date de naissance	

### Enfant 2

Nom de famille	
Prénom(s)	
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Lieu et date de naissance	

## Signatures

Lieu et date	
Signature du père	

Lieu et date	
Signature de la mère	