

## INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NATIONAL DES REFUS

NOM DE NAISSANCE : .....  
NOM USUEL : .....  
PRÉNOM(S) (ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL) : .....  
SEXE : ..... MASCULIN  ..... FÉMININ   
NÉ(E) LE (JOUR / MOIS / ANNÉE) : ...../...../.....  
LIEU DE NAISSANCE, VILLE : .....  
CODE POSTAL (SI FRANCE) ..... PAYS : .....

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

- pour soigner les malades (greffe)  
 pour aider la recherche scientifique (ne correspond pas au don du corps à la science)  
 pour rechercher la cause médicale du décès : autopsie (excepté les autopsies judiciaires auxquelles nul ne peut se soustraire)

Je souhaite recevoir une confirmation de mon inscription  OUI\*  NON

C'est une demande de modification de ma précédente inscription  OUI  NON

ADRESSE :

.....  
.....  
.....

VILLE : ..... CODE POSTAL : .....

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

Signature :

\*Joindre une enveloppe timbrée à vos nom et adresse

Formulaire à retourner 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**

### Vous devez joindre obligatoirement à votre 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, pas les changements d'adresse.

Les informations nominatives vous concernant sont enregistrées dans le système informatique du registre nationale 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.