

辅助生殖亲子关系同意书

说明：希望成为通过辅助生殖出生孩子之父母的人，应在签署的记录中表示同意，该记录需由每一位意向父母签署，且规定签署人同意通过辅助生殖技术生育孩子，并有意向成为孩子的父母（按15C V.S.A. § 703 - 705规定）。

意向孩子	1. 孩子姓名（名字，中间名，姓氏，后缀）（如果孩子名字未定，请填写孩子的姓氏）			
	2. 出生日期（月/日/年）（如果未知，请提供大概出生日期）		3. 出生城市或城镇	
	4. 设施名称（如果不是设施，请提供街道和门牌号）			
意向父母	5. 意向父母当前法定姓名（名字，中间名，姓氏，后缀）		6. 社保号码	
	7. 父母在第一次结婚前的姓氏			
	8. 出生日期（月/日/年）		9. 出生地（州、地区或外国）	
	10. 居住地址（街道和门牌号，市/镇，州，邮政编码）			
意向父母	11. 意向父母当前法定姓名（名字，中间名，姓氏，后缀）		12. 社保号码	
	13. 出生日期（月/日/年）		14. 出生地（州、地区或外国）	
	15. 居住地址（街道和门牌号，市/镇，州，邮政编码）			
意向父母声明	父母声明： 我/我们同意通过辅助生殖技术生育孩子，并有意向成为孩子的父母。通过填写本表，我/我们确认我/我们将在孩子的出生证明上被列为父母，并将承担所有父母的权利和责任。我/我们自愿签署本表，不受任何形式的强迫、威胁或胁迫。			
	父母签名	签名日期（月/日/年）	父母签名	签名日期（月/日/年）
	工整填写父母姓名		工整填写父母姓名	
见证人	见证人签名			