

Annulation ou suppression de la reconnaissance volontaire ou du déni de filiation

Veuillez saisir ou écrire lisiblement.

Section 1. Informations relatives à l'enfant telles qu'elles figurent sur le formulaire de Voluntary Acknowledgment of Parentage (reconnaissance volontaire de la filiation) (VAP).		
Enfant	1. Nom de l'enfant (prénom, deuxième prénom, nom de famille, suffixe)	2. Date de naissance (mm/jj/aaaa)
	3. Ville ou village, comté et état de naissance	
Section 2. Informations sur le parent telles qu'elles figurent sur le formulaire de Voluntary Acknowledgment of Parentage (reconnaissance volontaire de la filiation) (VAP)		
Parent	4. Nom légal actuel du parent (Prénom, Second prénom, Nom de famille, Suffixe)	5. Numéro de Sécurité Sociale
	6. Date de naissance (mm/jj/aaaa)	7. Lieu de naissance (État, territoire ou pays étranger)
	8. Adresse postale (Rue et Numéro, Ville/Village, État, Code postal)	
Parent biologique	9. Nom légal actuel du parent (Prénom, Second prénom, Nom de famille, Suffixe)	10. Numéro de Sécurité Sociale
	11. Date de naissance (mm/jj/aaaa)	12. Lieu de naissance (État, Territoire ou Pays étranger)
	13. Adresse postale (Rue et Numéro, Ville/Village, État, Code postal)	
Section 3. Informations sur le parent génétique présumé ou allégué, telles qu'elles figurent dans le formulaire de Denial of Parentage (refus de filiation) (DOP) (le cas échéant)		
Parent présumé ou parent génétique allégué	14. Nom légal actuel du parent (Prénom, Second prénom, Nom de famille, Suffixe)	15. Numéro de Sécurité Sociale
	16. Date de naissance (mm/jj/aaaa)	17. Lieu de naissance (État, Territoire ou Pays étranger)
	18. Adresse postale (Rue et numéro, Ville/Village, État, Code postal)	

Section 4. Annulation des informations de la partie

Déclaration de la partie qui annule: Je comprends que ce document légal est utilisé pour annuler la relation légale parent-enfant créée par le formulaire de reconnaissance volontaire de la filiation (VAP) qui a été déposé auprès du Vermont Department of Health's Vital Records Office. Ce formulaire doit être rempli et

soumis au Vital Records Office avant le 60^e jour suivant la date d'entrée en vigueur de la reconnaissance ou du refus et avant une procédure judiciaire visant à statuer sur la filiation de l'enfant. Je comprends que toutes les parties qui ont signé (signataires) le VAP, et le DOP le cas échéant, doivent être informées de cette procédure.

J'annule mon formulaire de reconnaissance volontaire de filiation.

J'annule mon formulaire de refus de filiation.

Partie qui annule	Signature de la partie qui annule	Date de signature (mm/jj/aaaa)
	TÉMOIN	Signature du témoin

Vital Records Office Use Only (Keep this section in English)

- The VAP, and DOP if applicable, were filed with the Vital Records Office on _____ and this rescission is within the 60-day limitation specified in 15C V.S.A. §307.
- Written notification of the request for rescission or removal has been sent to the following parties who signed (signatories) the VAP and DOP if applicable:
 - The parent listed on the VAP, and DOP if applicable, on (mm/dd/yyyy) _____.
 - The parent listed on the VAP on (mm/dd/yyyy) _____.
 - The presumed or alleged genetic parent listed on the DOP on (mm/dd/yyyy) _____.

Vital Records Office Use Only (English)**Date Received (English):**
