

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
**AVIS D'INTENTION DE REVENDIQUER LA
FILIACTION D'UN ENFANT NÉ HORS MARIAGE**

DATE NOTICE SENT:

/ /

**À L'USAGE DE
L'AGENCE**

DATE : / /

DESTINATAIRE : Putative Father Registry
New York State Office of Children and Family Services
Room 332, North Building
52 Washington Street,
Rensselaer, NY 12144

Le présent avis a pour but de vous informer de mon intention de revendiquer la filiation et de faire inscrire mon nom au registre comme parent de :

NOM DE L'ENFANT (caractères d'imprimerie ou caractères machine) :

LIEU DE NAISSANCE DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT :

/ /

NOM DU PARENT BIOLOGIQUE :

Je suis conscient que le registre doit être tenu à jour lorsqu'un changement d'adresse survient. Je comprends que ce formulaire ne peut PAS être révoqué sans une ordonnance du tribunal.

NOM (caractères d'imprimerie ou caractères machine) :

ADRESSE :

SIGNATURE :

DATE DE SIGNATURE :

/ /