



Si oui, quand ont-ils été créés? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mm / année

Donneur Cryobank n° \_\_\_\_\_ Marque :  FAIRFAX  CLI

---

**Information sur l'enfant :**

**L'enfant 1**

\_\_\_\_\_

Nom (nom de famille / prénom)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de naissance jj / mm / année

Sexe : [ ] Mâle [ ] Femelle

\_\_\_\_\_

N° ass. soc. ou  copie du cert. de naissance

**L'enfant 2 (le cas échéant)**

\_\_\_\_\_

Nom (nom de famille / prénom)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de naissance jj / mm / année

Sexe : [ ] Mâle [ ] Femelle

\_\_\_\_\_

N° ass. soc. ou  copie certificat de naissance

**Retourner ce formulaire à :** Fairfax Cryobank, Inc.  
À l'attention de : Programme d'identification de donneur  
3015 Williams Drive, Ste 110  
Fairfax, VA 22031 USA

---

*À l'usage du bureau seulement :*  
Date de réception du formulaire \_\_\_\_\_  
Commande/donneur vérifiés \_\_\_\_\_  
Médecin confirmé \_\_\_\_\_