

**Procédure de demande d'inscription  
du nom d'un donneur d'organes sur le cénotaphe-jardin de**

**l'Association canadienne des dons d'organes (A.C.D.O.) située au Parc Jacob-Nicol  
(intersection des boulevards de Portland et Jacques-Cartier) à Sherbrooke (Qc).**

1. Remplir le formulaire intitulé « DEMANDE D'INSCRIPTION D'UN DONNEUR... » (page 2) en prenant soin de faire assermenter la demande auprès d'un commissaire à l'assermentation ou d'un juge de paix.

**Remarque :** On peut procéder à une telle assermentation dans tout hôtel de ville où un fonctionnaire habilité moyennant des frais administratifs minimes.

2. Remplir le formulaire intitulé « AUTORISATION POUR INSCRIPTION... » (page 3) en prenant soin d'obtenir la signature des héritiers légaux du donneur; si nécessaire, joignez plus d'une page de signatures.
3. En l'absence de document officiel prouvant le don d'organe(s) émis par Québec Transplant (au Québec) ou tout autre organisme dûment autorisé (au Canada, aux États-Unis ou ailleurs), veuillez faire remplir le formulaire intitulé « CONFIRMATION MÉDICALE » (page 4) auprès du médecin ayant admis ou traité le donneur avant son décès.

**Remarque :** Le médecin de famille du donneur pourra, de par sa fonction, obtenir confirmation de prélèvement d'organe(s) auprès des instances hospitalières concernées, et ainsi être en mesure de contresigner la « CONFIRMATION MÉDICALE » requise.

**S.V.P.** prévoyez un délai de traitement de 8 à 10 semaines avant de recevoir la confirmation de l'inscription du donneur, après que tous les formulaires et informations requis aient été reçus à l'adresse postale suivante :

***A.C.D.O., Case postale 725, Sherbrooke (Qc), J1H 5K7, Canada***

Numéro de dossier: \_\_\_\_\_  
Reçu le : \_\_\_\_\_**DEMANDE D'INSCRIPTION D'UN DONNEUR  
SUR LE CÉNOTAPHE-JARDIN**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ ,  
domicilié(e) et résidant au \_\_\_\_\_ ,  
à \_\_\_\_\_ , en la province de \_\_\_\_\_ ,  
code postal \_\_\_\_\_ ; téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ .

1. Je suis l'un des héritiers de \_\_\_\_\_ ( le «Donneur» ),  
né(e) le \_\_\_\_\_ , en son vivant domicilié(e) au \_\_\_\_\_ ,  
\_\_\_\_\_ ,  
(adresse du donneur)

décédé(e) le \_\_\_\_\_ et ayant fait don d'un ou plusieurs de  
ses organes, pour fins de transplantation ou de greffe;

**2. Le Donneur :**

2.1 a laissé un testament notarié devant Me \_\_\_\_\_ ,  
notaire à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ ,  
sous le numéro \_\_\_\_\_ de ses minutes.

2.2 a laissé un testament reçu devant témoin \_\_\_\_\_ , ou un testament olographe \_\_\_\_\_  
daté du \_\_\_\_\_ ; lequel a été vérifié par jugement  
rendu le \_\_\_\_\_ , dans le dossier numéro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de la Cour Supérieure du Québec;

2.3 \_\_\_\_\_ n'a pas laissé de testament.

(Prière de joindre le formulaire d'**Autorisation pour inscription sur le  
Cénotaphe-jardin** dûment signé par le signataire du présent document)

3. Les héritiers et les seules personnes susceptibles d'autoriser l'inscription du  
Donneur sont celles dont les noms et adresses apparaissent sur le formulaire  
d'**Autorisation pour inscription sur le Cénotaphe-jardin**; lesquelles ont toutes  
accordé leur consentement en signant ledit formulaire ci-annexé.

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_ , province de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(signature du déclarant)

Déclaré solennellement devant moi, à \_\_\_\_\_ ,  
ce \_\_\_\_\_ ième jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
**Commissaire à l'assermentation, juge de paix  
ou toute autre personne dûment autorisée.**

## AUTORISATION POUR INSCRIPTION SUR LE CÉNOTAPHE-JARDIN

Nous soussignés, étant les responsables de feu(e) \_\_\_\_\_  
 (nom du Donneur en lettres moulées)

consentons par les présentes à ce que le nom de \_\_\_\_\_  
 (nom du Donneur en lettres moulées)

soit inscrit sur le monument que l'Association Canadienne des Dons d'Organes a érigé à Sherbrooke, dans la province de Québec, en mémoire des donneurs d'organes pour fins de transplantation.

<p>_____ Nom en lettres moulées</p> <p>_____ Adresse</p> <p>_____ Ville</p> <p>_____ Code postal Tél.</p> <p>_____ <b><i>Signature</i></b></p>	<p>_____ Nom en lettres moulées</p> <p>_____ Adresse</p> <p>_____ Ville</p> <p>_____ Code postal Tél.</p> <p>_____ <b><i>Signature</i></b></p>
<p>_____ Nom en lettres moulées</p> <p>_____ Adresse</p> <p>_____ Ville</p> <p>_____ Code postal Tél.</p> <p>_____ <b><i>Signature</i></b></p>	<p>_____ Nom en lettres moulées</p> <p>_____ Adresse</p> <p>_____ Ville</p> <p>_____ Code postal Tél.</p> <p>_____ <b><i>Signature</i></b></p>
<p>_____ Nom en lettres moulées</p> <p>_____ Adresse</p> <p>_____ Ville</p> <p>_____ Code postal Tél.</p> <p>_____ <b><i>Signature</i></b></p>	<p>_____ Nom en lettres moulées</p> <p>_____ Adresse</p> <p>_____ Ville</p> <p>_____ Code postal Tél.</p> <p>_____ <b><i>Signature</i></b></p>

**N.B. Prière de reproduire la présente page si plus de six (6) signataires.**

**CONFIRMATION MÉDICALE**

(EN CAS DE NON PRODUCTION D'UN CERTIFICAT PROVENANT D'UN ORGANISME AUTORISÉ)

Je, \_\_\_\_\_, médecin soussigné, confirme que  
(nom du médecin en lettres moulées)

feu(e) \_\_\_\_\_ a fait un don d'organe(s) pour  
(nom du Donneur en lettres moulées)

fins de transplantation.

Signé à \_\_\_\_\_, province de \_\_\_\_\_,  
ce \_\_\_\_\_ ième jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(signature du médecin attestant)

\_\_\_\_\_  
(Numéro du permis de pratique)

**(Confirmation médicale non nécessaire, si document annexé** confirme le don d'organe(s) par un organisme responsable, tel que: Québec-Transplant, La Banque d'Yeux Nationale Inc., Centre hospitalier, Coroner ou tout autre programme officiel de transplantation au Canada et aux États-Unis)