

An das  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Campus Kiel  
Haus U35  
Abteilung für Forensische Genetik  
Arnold-Heller-Straße 12  
24105 Kiel



**Institut für Rechtsmedizin**  
**Direktorin**  
**Prof. Dr. med. J. Preuß-Wössner**

**Campus Kiel**  
**Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel**  
Tel: +49 431 500-15900  
Fax: +49 431 500-15904  
E-Mail: [rmed-ki@uksh.de](mailto:rmed-ki@uksh.de)  
URL: <http://www.uksh.de/rechtsmedizin>

**Campus Lübeck**  
**Kahlhorststr. 31-35, 23562 Lübeck**  
Tel: +49 451 500-15950  
Fax: +49 451 500-15954  
E-Mail: [rmed-hl@uksh.de](mailto:rmed-hl@uksh.de)  
URL: <http://www.uksh.de/rechtsmedizin>

**Objet: Affaire privée filiation**

Par la présente je mandate (nom et prénom): \_\_\_\_\_

L'institut de médecine légale de l'UKSH à mener une enquête sur la filiation des personnes citées ci-dessous et avec les options énumérées ci-dessous.

Par le présent mandat, je déclare également que je prendrais en charge les coûts. Le résultat sera communiqué après réception du paiement.

Dès réception du mandat, toutes les parties concernées et moi-même recevrons un rendez-vous afin de soumettre un échantillon de muqueuse buccale et par courrier les documents nécessaires.

**Veuillez remplir intégralement les informations suivantes. Sans ces informations nous ne pouvons pas traiter votre mandat.**

**1) Quel est l'objet de votre mandat? Veuillez cocher la proposition appropriée :**

- ☐ Regroupement familial
- ☐ Mandat privé afin de clarifier une filiation

**2) Quel lien de parenté doit faire l'objet de l'enquête? Veuillez cocher la proposition appropriée :**

- ☐ Paternité, deux personnes (père putatif et enfant) (non recommandé)
- ☐ Paternité, trois personnes (père putatif, mère de l'enfant et l'enfant)
- ☐ Fraternité Combien de personnes concernées? \_\_\_\_\_
- ☐ Demi-fraternité Combien de personnes concernées? \_\_\_\_\_
- ☐ Nièce/neveu/oncle/tante Combien de personnes concernées? \_\_\_\_\_
- ☐ Grand-père/grand-mère/petits-enfants Combien de personnes concernées? \_\_\_\_\_
- ☐ Autres: \_\_\_\_\_

**3) Quelles personnes doivent être incluses dans l'enquête**

<b>Personne 1</b>	
Nom, Prénom	
Adresse:	
Numéro de téléphone	
Date de naissance	
Lien de parenté (Enfant/frère/sœur/père/mère etc.)	
Remarques	
<b>Personne 2</b>	
Nom, Prénom	
Adresse:	
Numéro de téléphone	
Date de naissance	
Lien de parenté (Enfant/frère/sœur/père/mère etc.)	
Remarques	
<b>Personne 3</b>	
Nom, Prénom	
Adresse:	

Numéro de téléphone	
Date de naissance	
Lien de parenté (Enfant/frère/sœur/père/mère etc.)	
Remarques	
<b>Personne 4</b>	
Nom, Prénom	
Adresse:	
Numéro de téléphone	
Date de naissance	
Lien de parenté (Enfant/frère/sœur/père/mère etc.)	
Remarques	
<b>Personne 5</b>	
Nom, Prénom	
Adresse:	
Numéro de téléphone	
Date de naissance	
Lien de parenté (Enfant/frère/sœur/père/mère etc.)	
Remarques	
<b>Personne 6</b>	
Nom, Prénom	
Adresse:	
Numéro de téléphone	
Date de naissance	
Lien de parenté (Enfant/frère/sœur/père/mère etc.)	
Remarques	

**4) Un test de paternité avec deux personnes (père et enfant putatif) doit-il être effectué?** Si tel est le cas, veuillez également fournir les informations nécessaires concernant la mère de l'enfant, car celle-ci doit fournir en personne une déclaration écrite de consentement même si elle n'est pas elle-même testée.

Nom, Prénom	
Adresse:	
Numéro de téléphone	
Date de naissance	
Lien de parenté (Enfant/frère/sœur/père/mère etc.)	
Remarques	

**5) Y a-t-il des personnes à l'étranger ?** Si oui, veuillez indiquer l'adresse ainsi que l'interlocuteur de l'ambassade ou du consulat en charge :

Adresse:
----------

**6) Si en tant que mandataire vous ne vous êtes pas inscrit au point 3. veuillez saisir vos informations ci-dessous :**

Nom, Prénom	
Adresse:	
Numéro de téléphone	
Date de naissance	
Lien de parenté (Enfant/frère/sœur/père/mère etc.)	

*Précision:* Ce formulaire de mandat ne remplace pas la consultation spécialisée d'un expert. Un expert en matière de filiation de notre institut est à votre disposition pour toutes questions d'ordre technique, ambiguïtés ou éclaircissement supplémentaire.

Vous pouvez nous envoyer ce mandat par courrier à l'adresse mentionnée en en-tête ou par e-mail à [r-med-ki@uksh.de](mailto:r-med-ki@uksh.de)

---

Lieu, Date

---

Signature