

Entête du service d'assistance psychosociale (au sein d'un établissement hospitalier ou tout autre établissement agréé pour réaliser des IVG)

Attestation de consultation d'assistance psychosociale pour une femme mineure et non émancipée¹

Je soussigné(e) déclare que (Nom/Prénom) (Matricule :.....) née le/...../..... domiciliée à a consulté nos services d'assistance psychosociale dans le cadre de sa demande d'interruption volontaire de grossesse, le/...../..... .

Le soussigné(e) déclare par ailleurs avoir fourni à la femme mineure et non émancipée :

- des informations circonstanciées sur les droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles ;
- une assistance et des conseils sur les moyens auxquels la femme pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux éventuels posés par sa situation, ayant eu comme but d'accompagner la femme dans son choix ;
- des conseils concernant le choix de la personne de confiance majeure si la femme enceinte mineure non émancipée désire garder le secret.

Fait à le/...../.....

Signature

¹ Tel que prévu à l'article 12 (2) de la loi du 17 décembre 2014 modifiant la loi du 15 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse.