

DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous, soussignés :

Madame : **Monsieur** :

Nom de naissance : Prénom.....

Prénom..... Né le/...../.....

Née le/...../.....

Adresse commune :

Code postale.....Ville :

Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le/...../....., auprès du Dr....., gynécologue, une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), pour notre couple.

Certifions : être mariés depuis le...../...../.....

Ou vivre maritalement.

*Pièces à joindre : photocopies des cartes d'identité,
extraits actes de naissance datant de moins de 3 mois.*

Certifions avoir reçu le dossier-guide et avoir été informés :
- des alternatives à l'AMP, y compris l'adoption,
- des différentes techniques d'AMP et de leurs conséquences.

Confirmons ce jour notre demande d'AMP.

Fait à.....le...../...../..... (au moins un mois après la première consultation).

Signature des 2 membres du couple précédée de la mention « lu et approuvé »

Madame :

Monsieur :

(document à communiquer au laboratoire lors de la consultation avec le médecin-biologiste)