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)

LBM LABOUEST- Angers Centre **BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION**
8, Bd Bessonneau - 49100 Angers Tel 02.41.24.18.70 - Fax 02.41.86.04.80