

DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

à remplir - renvoyer le premier exemplaire et garder le second

Nous, soussignés,

Madame _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Née le _____ n° de dossier _____

Monsieur _____ Prénom _____

Né le _____ n° de dossier _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

N° de téléphone _____

Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord,
le _____ (date de la première consultation)
une assistance médicale à la procréation, dans le cadre de notre couple

Certifions : être mariés depuis le _____
 vivre en concubinage depuis au moins deux ans

Pièces à joindre

- photocopies des cartes d'identité
- en cas de mariage, photocopie du livret de famille ou la fiche familiale d'état civil
- en cas de concubinage, certificat de vie commune d'au moins deux ans

Certifions avoir reçu le dossier guide et avoir été informés des différents projets parentaux y compris de l'adoption ainsi que des différentes techniques d'assistance à la procréation et de leurs conséquences.

Confirmons notre demande d'assistance à la procréation après un délai de réflexion de un mois

Consentons à ce que les informations nominatives soient transmises à l'agence de biomédecine

Fait à _____, **le** _____
(au moins un mois après la première consultation)

Madame _____ **Monsieur** _____
(signature des deux membres du couple précédée de la mention « lu et approuvé »)

Tampon du praticien