



DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Article R 2142-25 du CSP

Article L 2141-2 (loi 2011-814 du 7 juillet 2011)

A 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 _____

Adresse mail _____

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 le _____

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 d'un mois.

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 »

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
- Une photo d'identité chacun.

Tampon du praticien