



**Demande d'Assistance Médicale à
la Procréation et Engagement**

Ref : BDR-NOV-DE-T-006-01

Version : 01

Applicable le : 12-09-2018



Nous, soussignés,

Madame : **Monsieur** :
Nom de naissance :
Prénoms : **Prénoms** :
Née le : **Né le** :

✎ Adresse commune :
.....
.....

✎ Téléphone(s) : /
.....

✎ Adresse(s) mail :
.....@..... /
.....@.....

- ✓ **Certifions** avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le/...../....., une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), pour notre couple.
- ✓ **Certifions** : être mariés depuis le/...../.....
 être PACSés depuis le/...../.....
 vivre maritalement
- ✓ **Certifions** avoir reçu le dossier-guide et avoir été informés des alternatives à l'AMP, y compris de l'adoption, des différentes techniques d'AMP et de leurs conséquences : oui non
- ✓ **Confirmons** notre demande d'assistance médicale à la procréation.
- ✓ **Nous nous engageons** à informer l'équipe pluridisciplinaire, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Fait, le/...../..... à

Madame Monsieur
(signature précédée de la mention « lu et approuvé »)(signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

Pièces justificatives à joindre :

- Photocopie des cartes d'identité
- En cas de mariage : photocopie du livret de famille ou acte de mariage
- En cas de concubinage : certificat de vie commune, attestation de PACS ou facture(s) aux deux noms à la même adresse avec déclaration sur l'honneur de vie commune
- En cas de divorce : photocopie du jugement de divorce pour Mme et/ou Mr ou attestation que la procédure de divorce est en cours