



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

Ref : BDR-NOV-DE-T-006-02

Version : 02

Applicable le : 04-05-2020



Nous, soussignés,

Madame : **Monsieur :**
Nom de naissance :
Prénom : **Prénom :**
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.
- ✓ **Nous acceptons** que nos données nominatives soient transmises à l'agence de Biomédecine lors du rapport annuel d'activité. OUI NON

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

- En cas de divorce : photocopie du jugement de divorce pour Mme et/ou Mr ou attestation que la procédure de divorce est en cours