

Madame née , le

Monsieur né le

Tél. Madame :

Tél. Monsieur :

Adresse commune :

Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord au centre d'AMP-FERTILOA du CH de Saint-Nazaire, une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), pour notre couple en date du :  
...../...../.....

Certifions :

► Avoir les conditions d'âge requises pour bénéficier d'une AMP en France, être en communauté de vie, ne pas être en cours de séparation de corps ou de divorce (Loi n°2021-1017 du 02 Aout 2021).

- Avoir été informés des différentes techniques d'AMP et de leurs conséquences, ainsi que des alternatives à l'AMP représentées par l'adoption.

Nous confirmons ce jour, après un délai de réflexion de 1 mois et conformément aux dispositions législatives et réglementaires relatives à l'Assistance Médicale à la Procréation et l'adoption, notre demande de prise en charge en AMP.

**Nous joindrons à ce consentement lors de la consultation :**  
**- La carte d'identité de chacun des membres du couple.**

Nous nous engageons à informer l'équipe médicale de toute modification concernant notre situation de couple, notre lieu de résidence et nos numéros de téléphone.

Fait à le ...../...../.....

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Madame

Monsieur

Centre d'assistance médicale à la procréation - FERTILOA  
11, bd Georges Charpak BP 414 – 44606 Saint-Nazaire

Mail : secretariat.pma@ch-saintnazaire.fr  
Site : www.fertiloa.fr

Cachet du médecin