CONFIRMATION DE LA DEMANDE D'ASSISTANCE A LA PROCREATION

Maternité
Tél : 02.72.27.81.90 ou 81.60

Laboratoire de biologie médicale
Tél : 02.72.27.85.10

Nous soussignés :

Madame :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Née le :

Monsieur :
Prénom :
Né le :

Adresse commune :
Code postal : Ville :
N° de tél. :

Certifions avoir demandé conjointement une Assistance Médicale à la Procréation pour notre couple le : (date de la consultation avec le médecin).

Certifions :

☐ ne pas être en instance de divorce,

☐ ne pas être en instance de séparation de corps.

Certifions avoir été informés :

- des alternatives à l'AMP, y compris l'adoption,
- des différentes techniques d'AMP et de leurs conséquences.

Confirmons ce jour notre demande d'AMP et nous engageons à informer l'équipe pluridisciplinaire, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant notre situation familiale et acceptons que notre dossier soit discuté en réunion pluridisciplinaire.

Fait à Le

Madame Monsieur
(signatures précédées de la mention lu et approuvé)

Cachet du médecin