



## DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous, soussignés,

Madame

Monsieur

Prénom

Prénom

Nom de jeune fille

Née le

Né le

Adresse

 Domicile

Bureau

Portable

 Domicile

Bureau

Portable

- Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord une assistance médicale à la procréation, dans le cadre de notre couple.
- Certifions :  être mariés depuis le :  
 vivre en concubinage depuis plus de deux ans.
- 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 médicale à la procréation et de leurs conséquences.
- Confirmons notre demande d'assistance médicale à la procréation après **un délai de réflexion d'un minimum d'un mois** à l'issue du dernier entretien réalisé avec l'équipe pluridisciplinaire du centre.
- Acceptons que les données nominatives informatisées et sécurisées de notre dossier soient communiquées avec l'accord de la CNIL à l'Agence de Biomédecine, établissement public national placé sous la tutelle du ministère de la santé chargé d'évaluer les conséquences des activités de l'assistance médicale à la procréation sur les couples et les enfants.

Fait à Paris, le

Madame

Monsieur