



INSTITUT DE FERTILITE LA CROIX-DU-SUD

Equipe biologique :

Laboratoire CBM – INOVIE Fertilité

Dr A. CHIRON

Dr M. MONTAGUT

Dr D. NOGUEIRA

Equipe clinique :

Centre de Gynécologie et Fertilité La Croix-du-Sud :

Dr M. CLOUET – Dr C. FAJAU-PREVOT – Dr C. COHADE – Dr C. SIMON

Clinique La Croix-du-Sud : Dr P. ASSOULINE

Clinique Saint-Exupéry : Dr P. OUSTRY

DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

JE (NOUS) SOUSSIGNEE(ES/EES) :

MADAME

et (si demande en couple)

MADAME ou MONSIEUR

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Née le : / /

Né/Née le : / /

A :

A :

Tél. :

Tél. :

Domiciliée(és/ées)à:

.....
.....

Certifie(ons) avoir demandé spontanément (et d'un commun accord), le / / (date de la première consultation), une assistance médicale à la procréation dans le cadre de notre couple.

En cas de demande en couple, certifions :

Vivre en couple et ne pas être engagé maritalement avec une tierce personne.

Certifie(ons) avoir été informée(és/ées) que notre demande d'AMP devra être confirmée par mes(nos soins) dans le délai réglementaire de réflexion d'un mois et m'(nous) engage(ons) à le faire.

Fait à, le / /

Signature(s) :

Faire précéder chaque signature de la mention manuscrite "lu et approuvé".

Madame :

Madame/Monsieur :

Tampon du praticien