Nous, soussignons,

Madame	**Monsieur**
Nom marital :	Nom :
Nom de jeune fille :	
Prénom :	Prénom :
Née le :	Né le :
Adresse commune :	**Tél :**
E-mail :	

Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le_____ une assistance médicale à la procréation (AMP), pour notre couple *(date de la première consultation auprès du gynécologue).*

Pièces à joindre : Photocopies des cartes d'identité.

Certifions avoir reçu le dossier d'information et avoir été informés (un entretien nous est proposé sur rendez-vous) :

- ✓ **Du principe de la technique d'Insémination artificielle, les étapes du parcours, de ses résultats et de ses risques,**
- ✓ **Des aspects réglementaires de la prise en charge en AMP et de la transmission des données relatives à la tentative d'AMP à l'Agence de la Biomédecine**
- ✓ **Conformément à l'Arrêté du 5 octobre 2023 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, la présente demande est faite à l'issue d'un délai minimum d'un mois à compter du dernier entretien.**

Nous nous engageons à informer l'équipe médicale à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence.
Nous attestons sur l'honneur ne pas avoir déposé une requête en divorce ou en séparation de corps et ne pas avoir cessé la communauté de vie.

Confirmons ce jour notre demande d'assistance à la procréation.

Fait le _____, à _____

Signatures :

Madame, Monsieur,