

Je/Nous soussigné(es)

**Nom Conjoint 1** : \_\_\_\_\_

**Nom Conjoint 2** : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Né(e) le :

Né(e) le :

Tél. portable :

Tél. portable :

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :       Ville : \_\_\_\_\_

Certifie/certifions conjointement, avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) dans le cadre d'un projet parental, au Centre d'AMP de l'Artois.

Je certifie/Nous certifions ne pas être engagé(es) maritalement avec une tierce personne.

Je certifie/Nous certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur :

- Les différentes techniques d'AMP, les effets secondaires et les risques à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical et aux techniques biologiques utilisées.
- Les probabilités de concevoir naturellement, les probabilités de réussite en termes de naissance après AMP, le risque de grossesses multiples avec ses complications possibles ainsi que sur l'état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Les différents projets parentaux, y compris l'adoption.
- Les modalités de traitement de mes/nos données personnelles requises pour assurer ma/notre prise en charge et la réalisation de statistiques anonymes au sein du centre, ainsi que mes/nos droits relatifs à la protection de mes/nos données.

Je certifie/Nous certifions avoir reçu un dossier guide sur l'AMP et avoir été informé(es) sur la réglementation en vigueur.

Je déclare/Nous déclarons également avoir été informé(es) de la possibilité de révoquer mon/notre consentement avant toute intervention et qu'il ne pourra plus être procédé à une AMP en cas de dissolution de notre couple (non applicable pour la femme non mariée), de renoncement à mon/notre projet parental ou de décès de l'un d'entre nous.

Je m'engage/Nous nous engageons à communiquer au Centre d'AMP, toute modification d'adresse ou de situation familiale.

Je confirme/Nous confirmons, après le délai légal de réflexion d'un mois, ma/notre demande d'Assistance Médicale à la Procréation.

Document reçu le \* :

Document rendu le \* :

Fait à \_\_\_\_\_, le

*Signature de la patiente/des deux membres du couple précédée de la mention "lu et approuvé"*

Signature **Conjoint 1**

Signature **Conjoint 2**

\* Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au Centre.  
Document en deux exemplaires, un pour la patiente/le couple et un pour le Centre.

Je/Nous soussigné(es)

**Nom Conjoint 1** : \_\_\_\_\_

**Nom Conjoint 2** : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Né(e) le :

Né(e) le :

Tél. portable :

Tél. portable :

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_

Certifie/certifions conjointement, avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) dans le cadre d'un projet parental, au Centre d'AMP de l'Artois.

Je certifie/Nous certifions ne pas être engagé(es) maritalement avec une tierce personne.

Je certifie/Nous certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur :

- Les différentes techniques d'AMP, les effets secondaires et les risques à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical et aux techniques biologiques utilisées.
- Les probabilités de concevoir naturellement, les probabilités de réussite en termes de naissance après AMP, le risque de grossesses multiples avec ses complications possibles ainsi que sur l'état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Les différents projets parentaux, y compris l'adoption.
- Les modalités de traitement de mes/nos données personnelles requises pour assurer ma/notre prise en charge et la réalisation de statistiques anonymes au sein du centre, ainsi que mes/nos droits relatifs à la protection de mes/nos données.

Je certifie/Nous certifions avoir reçu un dossier guide sur l'AMP et avoir été informé(es) sur la réglementation en vigueur.

Je déclare/Nous déclarons également avoir été informé(es) de la possibilité de révoquer mon/notre consentement avant toute intervention et qu'il ne pourra plus être procédé à une AMP en cas de dissolution de notre couple (non applicable pour la femme non mariée), de renoncement à mon/notre projet parental ou de décès de l'un d'entre nous.

Je m'engage/Nous nous engageons à communiquer au Centre d'AMP, toute modification d'adresse ou de situation familiale.

Je confirme/Nous confirmons, après le délai légal de réflexion d'un mois, ma/notre demande d'Assistance Médicale à la Procréation.

Document reçu le \* :

Document rendu le \* :

Fait à \_\_\_\_\_, le

*Signature de la patiente/des deux membres du couple précédée de la mention "lu et approuvé"*

Signature **Conjoint 1**

Signature **Conjoint 2**

\* Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au Centre.  
Document en deux exemplaires, un pour la patiente/le couple et un pour le Centre.