CHAL CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN

SERVICE DE

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

AMP74 Centre d'Aide Médicale à la Procréation

BIOGROUP FERTILITÉ

LABORATOIRE DE BIOLOGIE

DE LA REPRODUCTION

Centre d'Aide Médicale à la Procréation AMP74 558 Route de Findrol 74130 Contamine-sur-Arve

Secrétariat
Clinique : 04.50.82.23.87

Secrétariat
laboratoire : 04.50.82.23.95

Fax commun : 04.50.82.23.98

Praticiens Hospitaliers :
DR A.BOUCHER
DR S.SCHIAVONE
DR L.BERDOUS
DR S.GLACHANT
DR E.MICOLON
Urologue :
Dr E. BEY / D M. HOCH

Biologistes :
Tél: 04.50.82.23.95
Dr B. DORPHIN
Dr B. BENNANI SMIRES

Psychologue : L. BROUSSARD

Sages Femmes :
Tél: 04.50.82.23.84
C.BOSS
A. DECOLLE
D. HODE
A. PLAGNOL
L. PARPAN
A.SEGERS
V.VERARD

3-R-25565

DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous, soussignés,

Madame	**Mme/Mr**
Nom de jeune fille :	
Prénoms :	Prénoms :
Née le	Né (e) le

Adresse commune :

Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le,....., une Assistance médicale à la Procréation (AMP), pour notre couple.

Certifions :

☐ Etre mariés depuis le

Ou

☐ Vivre maritalement depuis plus de 2 ans.

Certifions avoir reçu le dossier-guide et avoir été informés :
- des alternatives à l'AMP, y compris de l'adoption,
- des différentes techniques d'AMP et de leurs conséquences.

Confirmons ce jour notre demande d'AMP.

Fait le .....(au moins un mois après la dernière consultation), à .....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Madame Conjoint (e) Cachet et signature du médecin

Pièces à joindre :
Photocopies des cartes d'identité
Un justificatif de mariage ou d'une durée de vie commune d'au moins deux ans.

A signer et a nous rapporter