

ATTESTATION DE VIE COMMUNE

INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance ___ / ___ / ___
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LE/LA CONJOINT(E)

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance ___ / ___ / ___
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____

Conformément à la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique et à l'article L. 2141-2 du Code de Santé Publique relatif aux conditions de l'Assistance Médicale à la Procréation ;

Nous, soussigné(e)s,

Nous déclarons sur l'honneur

- être mariés et ne pas avoir déposé une requête en divorce ou en séparation de corps,
ou
- ne pas être mariés avec une autre personne et être actuellement en état de vie commune ;

De plus, nous nous engageons à prévenir immédiatement le centre d'AMP en cas de changement de statut matrimonial ou de cessation de communauté de vie.

Fait à _____ Le : ___ / ___ / _____

Signature du patient :

Précédée de la mention «lu et approuvé »

Signature du/de la conjoint(e) :

Précédée de la mention «lu et approuvé »