

# Demande d'Assistance Médicale à la Procréation Laboratoires IIU

MADAME : .....

MONSIEUR : .....

Née le : ..... / ..... / .....

Né le : ..... / ..... / .....

Nous soussignés :

- Demandons conjointement à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) de type insémination avec sperme de conjoint, préparé au **Laboratoire** .....
- Attestons avoir été informés des obstacles à l'insémination : décès d'un des membres du couple ; introduction d'une demande en divorce ; introduction d'une demande en séparation de corps ; signature d'une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; révocation par écrit du consentement prévu au troisième alinéa du présent article par l'un ou l'autre des membres du couple auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation. (Article L2141-2 du Code de la santé publique).
- Déclarons avoir été informés du report de la prise en charge AMP en cas de voyage en zone de circulation active du virus ZIKA. Les informations en lien avec ce virus peuvent être consultées sur la page suivante : [Zika : symptômes, traitement et prévention - Institut Pasteur de Lille \(pasteur-lille.fr\)](http://pasteur-lille.fr/Zika:symptômes,traitementetprévention)
- Déclarons :

Etre mariés ou pacsés l'un à l'autre

⇒ LIVRET DE FAMILLE ou ATTESTATION DE PACS

Ne pas être mariés ou pacsé et :

MADAME n'est pas en instance de divorce

⇒ EXTRAIT D'ACTE DE NAISSANCE de moins de 3 mois

MADAME est en prononcé de divorce sans mention en marge de son acte de naissance

⇒ JUGEMENT ou PROCÈS VERBAL D'ACCEPTATION

MADAME est en instance de divorce

⇒ ATTESTATION DE SÉPARATION DE CORPS (ci-contre)

Dans ce cas précis, MONSIEUR soussigné s'engage à faire une reconnaissance anticipée de paternité, dès le début d'une éventuelle grossesse (Article 316 du Code civil).

- Nous engageons à informer le Laboratoire en cas de changement de situation de couple qui surviendrait durant la période de prise en charge de notre couple en AMP.
- Certifions avoir reçu le dossier guide AMP et avoir été informés de façon claire sur le processus d'insémination intra-utérine et les dispositions légales qui l'encadrent ; les différentes techniques d'AMP, leurs chances de réussite et leurs risques (notamment les effets secondaires de la stimulation ovarienne et le risque de grossesse multiple) ; la possibilité d'un accompagnement par une psychologue ou par une association spécialisée ; les alternatives à l'AMP y compris l'adoption ; la possibilité de révoquer notre consentement à tout moment.
- Donnons notre accord pour la transmission à l'Agence de la biomédecine des données médicales concernant notre prise en charge en AMP (ce choix pourra être modifié à tout moment de notre prise en charge, sur simple demande de notre part) :  **NOMINATIVE**  **ANONYME**

Fait le ...../...../.....

**MADAME**

**MONSIEUR**

à .....

*Signature*

*Signature*

Toute personne peut obtenir communication des informations la concernant, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles. Vous disposez ainsi pendant toute la durée du traitement d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur leurs données personnelles. Vous disposez également d'un droit à l'effacement de ces données, au retrait de votre consentement au recueil de ces données et d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL). Ces droits peuvent être exercés à tout moment en adressant une demande au centre dans lequel vous avez réalisé l'AMP ou au Délégué à la protection des données (DPO) de l'Agence de la biomédecine (Direction juridique de l'Agence de la biomédecine / 1 avenue du Stade de France, 93212 SAINT DENIS LA PLAINE Cedex ou dpo@biomedecine.fr) en y joignant la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature. A défaut de réponse dans le délai d'un mois, il vous sera possible de saisir les services de la CNIL. (ABM, 14 mai 2021)

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
DE SÉPARATION DE CORPS**

**MADAME** soussignée, (Nom Prénom) .....

née le ..... à .....

domicilié(e).....

déclare sur l'honneur être séparée de mon conjoint :

**Monsieur** (Nom Prénom) .....

né(e) le ..... à .....,

et ce depuis le (date de la séparation physique) .....

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

**Conformément à l'Article 441-7 du Code pénal, nous vous rappelons qu'est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait :**

**1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;**

**2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ;**

**3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.**

**Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui.**

Les informations portées ci-dessus sont susceptibles d'être transmises aux organismes suivants :  
Trésor Public, Caisse d'Allocations Familiales, Sécurité Sociale.

J'ai pris connaissance de l'intégralité des informations notifiées ci-dessus.

Fait le ...../...../.....

**MADAME**

à .....

*Signature*