

Déclaration de vie commune pour une Assistance Médicale à la Procréation

AIDE MÉDICALE
À LA PROCRÉATION
DOCUMENT
A COMPLETER

Nous, soussignés,

Madame : Nom de NAISSANCE : Nom USUEL :
Prénom : Date naissance :/...../.....

Monsieur : Nom : Date naissance :/...../.....
Prénom :

Certifions sur l'honneur vivre en communauté, conformément aux exigences légales en matière d'assistance médicale à la procréation.

(Article L 2141-2 Modifié par [LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 33](#) du code de la santé publique)

Adresse commune :

.....
.....
.....

A Le

Signatures des deux membres du couple :

Madame

Monsieur



Clinique Mutualiste La Sagesse
4, place Saint-Guénolé - CS 44345
35043 Rennes cedex
Tél. standard : 02 99 85 75 75 - www.clinique-rennes.fr

Notre centre
d' Assistance Médicale
à la Procréation est
certifié ISO 9001

