

CONSETEMENT

EN VUE D'INSEMINATION ARTIFICIELLE

INTRACONJUGALE

A remplir à chaque tentative et à remettre au Laboratoire

Nous, soussignés :

Madame : Nom de jeune fille :

Prénoms.....

Née le/...../.....

Monsieur :

Prénoms.....

Né le/...../.....

Adresse commune :

Code postal.....Ville :

Certifions sur l'honneur que les conditions de notre couple requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), justifiées lors de notre demande d'AMP auprès du Dr.....en date du....., sont toujours remplies ;

Consentons à un acte d'insémination artificielle entre conjoints nécessaire à la réalisation de notre projet parental.

et certifions avoir reçu toutes les informations relatives à l'insémination.

Fait à.....le/...../..... (jour de l'insémination)

Signature des 2 membres du couple précédée de la mention « lu et approuvé »

Madame :

Monsieur :