

# 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 :