

Centre d'AMP – 14, Avenue Paul Rougé – BP 121 – 60309 SENLIS CEDEX



Nous, soussignés

Madame **NOM :** Monsieur **NOM :**
NOM de naissance :
PRENOMS : **PRENOMS :**
Née le : Né le :

Adresse commune :

Tél (fixe, portable) :

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies.

Et consentons à un acte d'insémination intra-utérine avec sperme de conjoint (IAC).

Confirmons avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique.

Nous acceptons

ou

Refusons de participer au registre national des IIU mis en place par l'Agence de Biomédecine.

Fait à : Le :

Signature Madame

Signature Monsieur :

*PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif (Adresse, tel, ...)
susceptible de retentir sur votre prise en charge.*