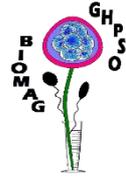


Centre d'AMP – 1, Avenue Paul Rougé – BP 121 – 60309 SENLIS CEDEX



Nous, soussignés

Madame **NOM :** Monsieur **NOM :**
NOM de naissance :
PRENOMS : **PRENOMS :**
Née le : Né le :
Adresse commune :
Tel fixe : Tel 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 tiers donneur (IAD).

Dans ce cas, nous certifions avoir donné notre consentement à l'insémination intra-utérine avec tiers donneur devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil.

Nous 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
 Nous 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.