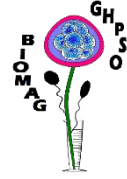


Centre d'AMP – 1, Avenue Paul Rougé – BP 121 – 60309 SENLIS CEDEX



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 donnons notre accord pour la décongélation d'embryons en vue de leur transfert.

Donnons notre accord pour le transfert d'embryon(s) après entretien avec l'équipe clinico-biologique.

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.*