

Nous, soussignés,

**Madame :** \_\_\_\_\_ née (NJF) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Nom, Prénom) (DDN)

**Monsieur :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Nom, Prénom) (DDN)

**Adresse commune :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Certifions que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation, justifiées lors de notre demande initiale, sont toujours remplies ;

**Et consentons à une tentative d'AMP par Fécondation *in Vitro* avec tiers donneur type :**

- Fécondation *in vitro* classique**  
 **Fécondation *in vitro* avec micro-injection (ICSI)**

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.

*Dans ce cas, nous certifions avoir donné notre consentement à la Fécondation *in Vitro* avec tiers donneur devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil.*

Confirmons avoir été conviés à une réunion d'information.

*Lors d'une tentative, le nombre d'embryons obtenus peut être supérieur au nombre d'embryons transférés. Dans ce cas, les embryons non transférés dits « surnuméraires » et présentant des critères de développement satisfaisants peuvent être congelés, afin d'être transférés ultérieurement en un ou plusieurs cycles. Nous sollicitons à l'avance votre accord de principe sur une éventuelle congélation. Vous êtes libres de refuser, auquel cas nous serions amenés à **limiter le nombre d'ovocytes mis en fécondation** au maximum à trois ovocytes (conformément à l'arrêté du 3 août 2010).*

- Nous acceptons la congélation des embryons non transférés**  
 **Nous refusons la congélation d'embryons**

Nous certifions 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.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature Madame :**

**Signature Monsieur :**

*PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif (changement de situation maritale, changement d'adresse) susceptible de retentir sur votre prise en charge.*