

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 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.

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.