

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 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.*

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.*