

Je/Nous soussigné(es)

**Nom Conjoint 1** : \_\_\_\_\_

**Nom Conjoint 2** : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Né(e) le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Né(e) le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Tél. portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Tél. portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Ville : \_\_\_\_\_

Certifie/certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation justifiées lors de notre demande initiale, sont toujours remplies ;

**Et consens/consentons :**

**à un acte d'insémination intra-utérine entre conjoints (IAC)**

**à un acte d'insémination intra-utérine avec tiers donneur (IAD)**

*Dans ce dernier cas, je certifie/nous certifions avoir donné mon/notre consentement à l'insémination intra-utérine avec tiers donneur devant un notaire, conformément à l'article 342-10 du code civil.*

Je/Nous certifie/certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques liés notamment à la stimulation ovarienne et aux techniques biologiques utilisées.

Fait à \_\_\_\_\_, le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

*Signature de la patiente/des deux membres du couple précédée de la mention "lu et approuvé"*

Signature **Conjoint 1**

Signature **Conjoint 2**

*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.*