

Nous, soussignés,

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

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

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

**Téléphones** : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**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'embryon(s) en vue de leur transfert.**

Nous avons été informés que la **présence des 2 membres du couple est obligatoire** le jour du transfert.

Date du transfert prévue (à remplir par le praticien) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre d'embryon(s) à transférer, souhaité : \_\_\_\_\_

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

**Signature Madame** :

**Signature Monsieur** :

Document à faxer au 03.21.69.17.98 ou à envoyer par mail à l'adresse [secretariat.bdr@hdf.synlab.fr](mailto:secretariat.bdr@hdf.synlab.fr).  
Il doit être réceptionné impérativement, au plus tard, 2 jours avant le transfert éventuel d'embryons.

*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.*