



Ce consentement doit :

- Être signé par le couple
- Être apporté, **en main propre par Monsieur avec sa pièce d'identité, minimum 2 jours avant la tentative** au service d'AMP
- Ne pas dater de plus de 3 semaines (signé moins de 3 semaines avant d'être rapporté)

Nous, soussignés

Madame **NOM :** Monsieur **NOM :**

NOM de jeune fille :

PRENOMS :

PRENOMS :

Née le : Né le :

Adresse commune :

Tél fixe : Tél portable Mr :

Tél portable Mme :

- 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 de* embryon(s) pour le transfert embryonnaire.**

* Indiquer le nombre d'embryon(s) souhaité(s) au transfert, maximum 2.

(Le nombre d'embryon(s) effectivement remplacé(s) sera décidé à l'issue d'une concertation entre le clinicien, le biologiste et les patients).

Fait à : Le :

Signature Madame : Signature Monsieur :

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