

Je soussigné,

Monsieur Nom :	Prénoms :
Née le :	Lieu de naissance :
CIN / Passeport No. :	Nationalité :
Tel (GSM) :	Mail :

Donne mon consentement à la congélation de mon sperme en vue d'une tentative d'assistance médicale à la procréation de mon vivant et selon les conditions suivantes :

1. Le laboratoire effectue la congélation et assure la conservation du sperme pour une durée de 1 an renouvelable.
2. En cas de souhait de destruction des paillettes de sperme, une demande doit parvenir au Centre par mail avec tous vos identifiants et la date exacte présumée de la destruction.
3. En cas de décès, les paillettes de sperme seront détruites dans les délais fixés par la loi.
4. Votre présence physique est obligatoire le jour de la décongélation des paillettes. En cas d'absence, une autorisation signée est requise.
5. L'utilisation ultérieure de sperme en vue d'un acte d'assistance médicale à la procréation ne pourra se faire que dans la mesure où seront remplies les conditions prévues par la loi Marocaine.
6. Je m'engage également à payer les frais de conservation de mon sperme.
7. En cas de non-paiement des frais de renouvellement, le Centre se réserve le droit de procéder à la destruction des paillettes selon la loi en vigueur (47-14) – 2019.
8. Votre demande doit être accompagnée des pièces suivantes :
 - a. Examens sérologiques (HIV, Hépatite B, C) récents de moins de 6 mois pour une première congélation ou de moins d'un an pour les congélations ultérieures.
 - b. Photocopie de CIN ou Passeport

J'atteste avoir reçu des informations claires sur :

- La préservation de la fertilité et ses conséquences.
- La conservation et l'utilisation ultérieure des paillettes.

**TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE ET / OU DE NUMERO DE TELEPHONE DOIT IMPERATIVEMENT
ETRE SIGNALE AU CENTRE**

Fait à _____, le/...../.....

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)