

Nous soussignés,

Madame		Monsieur	
Nom de jeune fille :		Nom :	
Prénoms :		Prénoms :	
Née le :	Lieu :	Né le :	Lieu :
Nationalité :		Nationalité :	
Tel (GSM) :		Tel (GSM) :	
Mail :		Mail :	

Déclarons être mariés depuis (date) : _____

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies.

Nous donnons notre accord pour la décongélation d'embryons en vue de leur transfert en accord avec l'équipe d'AMP.

Fait à _____, le/...../.....

Faire précéder chaque signature de la mention manuscrite "lu et approuvé"

Monsieur (conjoint) (Précédé de la mention "lu et approuvé") Madame (Précédé de la mention "lu et approuvé")

ATTENTION :

- Vous êtes tenus d'informer le Centre de la date de votre démarrage du cycle de transfert d'embryons congelés.
- Votre transfert ne pourra commencer que si le Centre est en possession du présent formulaire entièrement complété, daté et signé.
- Le jour du transfert, il est indispensable de présenter une pièce d'identité récente et que les deux membres du couple soient présents. En cas d'absence du conjoint, une autorisation signée est requise.

<u>Partie à compléter par le laboratoire le jour du transfert</u>	
Vérification d'identité	par