



**CONSETEMENT EN VUE D'UNE
INSEMINATION INTRA-UTERINE
AVEC TIERS DONNEUR**

Nous, soussignés,

Madame

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénoms :

Née le :

Adresse commune :

Tél. fixe :

Monsieur

NOM :

Prénoms :

Né le :

Tél. Portable :

Certifions que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation, justifiées lors de notre demande en date dusont toujours remplies ;

Et consentons à un acte d'insémination intra-utérine avec tiers donneur (IAD) ;

Dans ce cas, nous certifions avoir donné notre consentement à l'insémination intra-utérine avec tiers donneur devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil.

Confirmons avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique.

Fait à :

Le :

Signature

Madame

Monsieur

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