



## Consentement en vue de décongélation d'embryon - AMP NATECIA



### CONSENTEMENT EN VUE DE DECONGELATION D'EMBRYON(S)

Nous soussigné.e.s,

**Madame** (nom usuel) : ..... **Conjoint.e** (nom usuel) : .....

Nom de naissance : ..... Nom de naissance : .....

Prénom.s : ..... Prénom.s : .....

Née le : ..... Né.e le : .....

Adresse commune : .....

.....

Adresse mail : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

- ✓ Certifions que les conditions de couple (définies dans notre demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) sont toujours remplies.
- ✓ Consentons à la décongélation d'embryon(s) en vue de leur transfert, le nombre d'embryons à transférer ayant été préalablement fixé avec l'équipe clinico-biologique.
- ✓ **Avons été informé.e.s de la nécessité de la présence du/de la conjoint.e le jour du transfert d'embryon(s).**

Date .....

Signatures

Madame :

Conjoint.e :