



**DEMANDE DE DECONGELATION  
DE PAILLETTE(S) DE SPERMATOZOÏDES**

**Je soussigné,**

Nom : .....

Prénom : .....

Né le : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

✓ **Certifie que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) avec ma conjointe Madame :**

Nom : ..... Prénom : .....

**sont toujours remplies,**

✓ **Autorise ce jour la décongélation de paillette(s) spermatozoïdes par le laboratoire, en vue de son utilisation en AMP intra-conjugale.**

Fait à Lyon, le .....

Monsieur (*signature*),