



C1 ENR 50 Version B

**DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION
EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA UTERINE**

Nous soussignés,

Madame : **Monsieur :**
 Nom de jeune fille :
 Prénoms : Prénoms :
 Née le : Né le :
 Tél : Tél :
 Adresse commune :

 Code postal : Ville :

Certifions : avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le, une Assistance Médicale à la Procréation, pour notre couple,
 avoir reçu le dossier-guide et avoir été informés des différents projets parentaux, ainsi que des différentes techniques d'Assistance Médicale à la Procréation et de leurs conséquences.
 être mariés depuis le **Ou** vivre en concubinage depuis plus de deux ans.

- **Nous** **acceptons**
 refusons la transmission nominative des données de notre tentative à l'Agence de la Biomédecine conformément au décret en vigueur.

Nous nous engageons à informer l'équipe qui nous prend en charge de toute modification de notre situation familiale ainsi que tout changement dans notre lieu de résidence au cours de la tentative.

Confirmons ce jour au laboratoire notre demande d'Assistance Médicale à la Procréation.

Fait à Perpignan, le Madame Monsieur

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE

TENTATIVE 1		TENTATIVE 2		TENTATIVE 3		TENTATIVE 4		TENTATIVE 5		TENTATIVE 6	
Date :		Date :		Date :		Date :		Date :		Date :	
Madame		Madame		Madame		Madame		Madame		Madame	
Monsieur		Monsieur		Monsieur		Monsieur		Monsieur		Monsieur	
Vérification d'identité des couples											
Madame	Monsieur	Madame	Monsieur	Madame	Monsieur	Madame	Monsieur	Madame	Monsieur	Madame	Monsieur
C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour	C. identité Passeport C. séjour
Visa	Visa	Visa	Visa	Visa	Visa	Visa	Visa	Visa	Visa	Visa	Visa