



Consentement en vue d'un transfert d'embryon(s) décongelé(s)

AUTORISATION DE DECONGELATION D'EMBRYON EN VUE D'UN TRANSFERT

Nous soussignés,

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

Adresse commune :

 Code postal : Ville :

Certifions que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande en date du sont toujours remplies.

Donnons notre accord pour la décongélation d'embryon(s) conservé(s) à

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

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

Fait à Perpignan, le Madame Monsieur

TEC N°1	TEC N°2	TEC N°3	TEC N°4
Date :	Date :	Date :	Date :
Nombre d'embryon(s) à transférer :	Nombre d'embryon(s) à transférer :	Nombre d'embryon(s) à transférer :	Nombre d'embryon(s) à transférer :
<u>Signatures</u> Madame Monsieur	<u>Signatures</u> Madame Monsieur	<u>Signatures</u> Madame Monsieur	<u>Signatures</u> Madame Monsieur
Vérification d'identité des couples par le responsable du transfert			
Madame C.identité / Passeport / C.séjour	Madame C.identité / Passeport / C.séjour	Madame C.identité / Passeport / C.séjour	Madame C.identité / Passeport / C.séjour
Monsieur C.identité / Passeport / C.séjour	Monsieur C.identité / Passeport / C.séjour	Monsieur C.identité / Passeport / C.séjour	Monsieur C.identité / Passeport / C.séjour