

**CONSENTEMENT EN VUE D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA
PROCRÉATION DU COUPLE (I.A.C)**

Page 1 sur 2

Nous soussignés,

Madame :

Nom de jeune fille :

Née le :

Monsieur :

Né le :

- Certifions sur l'honneur que les conditions de couple requis pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation, justifiées lors de notre demande d'A.M.P. auprès du Docteur, sont toujours remplies.
- Consentons à un acte d'insémination artificielle entre conjoints, nécessaire à la réalisation de notre projet parental.

Fait à **le** / / **20**.....

(Signature des deux membres du couple précédées de la mention «Lu et Approuvé»)

Madame :

Monsieur :

