



## CONSENTEMENT A LA REALISATION D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous/Je soussigné(s), Partenaire 1 ..... Partenaire 2.....

- **Confirme** avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP).
- **Reconnait** avoir reçu une information éclairée suffisante, conforme aux recommandations.
- **Certifie** sur l'honneur que les conditions requises, justifiées lors de notre demande d'AMP auprès du Dr ....., sont toujours remplies
- **Consent** à un acte d'insémination intra-utérine avec **spermatozoïdes** :  
 du conjoint                       de donneur
- **Reconnait** avoir pris connaissance que le prélèvement du jour donnera lieu à une facturation de 21,50€ restant à notre charge.

Fait à .....

le ...../...../.....

*Signatures*

**Partenaire 1**

**Partenaire 2**