



Secrétariat AMP : Tél.05.56.79.56.81 - FAX 05.56.79.61.17

Secrétariat CECOS : Tél.05.56.79.54.31 - FAX 05.56.79.61.39

Courriel : sec-bdr.cecos@chu-bordeaux.fr

**CONSENTEMENT
EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE**

Je soussignée, Nous soussignés, (*raier les mentions inutiles*)

Madame :

Nom :

Nom de jeune fille.....

Prénom :

Née le :

Monsieur / Madame :

Nom :

Nom de jeune fille.....

Prénom :

Né (e) le :

Adresse :

.....

.....

Certifie / Certifions remplir les conditions requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation selon l'article L 2141-2 du Code de la santé publique (loi du 02/08/2021).

Consens / Consentons à un acte **d'insémination intra-utérine** :

(*Cochez la mention retenue*)

- entre conjoints**
- avec tiers donneur**

Fait à : Le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Madame

Monsieur / Madame