



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

Nous soussignés,

**Madame** : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénoms : .....  
Née le : .....  
Tél : .....

**Monsieur** : .....  
Prénoms : .....  
Né le : .....  
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
<b>Date :</b>	<b>Date :</b>	<b>Date :</b>	<b>Date :</b>
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
<b>Vérification d'identité des couples par le responsable du transfert</b>			
<b>Madame</b> C.identité / Passeport / C.séjour	<b>Madame</b> C.identité / Passeport / C.séjour	<b>Madame</b> C.identité / Passeport / C.séjour	<b>Madame</b> C.identité / Passeport / C.séjour
<b>Monsieur</b> C.identité / Passeport / C.séjour	<b>Monsieur</b> C.identité / Passeport / C.séjour	<b>Monsieur</b> C.identité / Passeport / C.séjour	<b>Monsieur</b> C.identité / Passeport / C.séjour