



**Consentement en vue d'une  
Assistance Médicale à la  
Procréation (IAC)**

Ref : BDR-NOV-DE-T-002-02  
Version : 02  
Applicable le : 29-09-2020



Laboratoire NOVELAB site INGELS-VIGNON  
40 rue Victor Hugo  
**69400 Villefranche**  
Tel : 04.74.65.02.75

Nous, soussignés,

Madame : ..... Monsieur : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Née le : ..... Né le : .....

Adresse commune :

.....  
.....

Tél. : .....

**certifions** que les conditions de notre couple, requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), justifiées lors de notre demande en date du ....., sont toujours remplies.

Que nos réponses au « questionnaire de recherche de symptômes COVID patients » sont toujours négatives, que nous avons bien rempli le formulaire de consentement à la réalisation d'AMP durant l'épidémie de COVID19.

Et en conséquence, nous donnons notre consentement pour une insémination intra-utérine intraconjugale

Fait le ....., à .....

Madame  
*Signature précédée de la mention*  
*« lu et approuvé ».*

Monsieur  
*Signature précédée de la mention*  
*« lu et approuvé ».*