

**BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION**

TEL: 02 62 42 15 48
Fax : 02 62 43 66 30

Biologistes :

V. DAGORNE
F. GAYON
L. RIZZI
M. SIN

**Techniciens de
laboratoire :**

A. GERARD
F. VOLTIGE

Secrétaire :

B. PAULET

**MEDECINE
CHIRURGIE DE LA
REPRODUCTION**

Gynécologues :

Dr. BAROCHE
Dr. DELEFLIE
Dr. LASNET
TEL : 02 62 42 08 04

Dr. VICQ
TEL : 02 62 43 73 49

Dr. YU TIM
Dr. AMBASSA
TEL : 02 62 59 14 14

Urologues :

Dr. HOARAU
Dr. MARÇON
Dr. SCHLEGEL
Dr. HUGUES
TEL: 02 62 42 88 92

Psychiatre :

Dr SAUNIER
TEL: 02 62 21 51 71

Sexotérapeute

A. LEPAYSAN

Centre AMP
Rue Alsace lorraine
CS 17205
97829 LE PORT cedex

Nous, soussignés

Madame Monsieur

NOM NOM

NOM de jeune fille

Prénoms : Prénoms

Née le : Né le :

Adresse commune

→ 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'embryons conservés au laboratoire CERBALLIANCE REUNION du Port.

→ Consentons au transfert d'embryon(s) issu(s) de cette décongélation.
Nous 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 le/...../.....

Madame.

Monsieur.