



Autorisation De Décongélation Du Sperme

Je soussigné

Nom : **Prénom :**
Date de naissance :/...../..... **CIN :**
Téléphone :
Domicilié à :

Autorise la décongélation de mes paillettes de sperme en vue d'une procréation médicalement assistée avec ma conjointe Mme Pour le cycle du mois de

Nombre de paillette à décongeler :

Fait à Le :/...../.....

Signature

