



**Demande de renouvellement de conservation de paillettes de sperme congelé**

Nous, soussignés,

MONSIEUR

NOM.....

MADAME

NOM.....

PRENOM.....

PRENOM.....

Né le.....

NOM de Jeune Fille.....

Née le.....

ADRESSE .....

.....CP.....VILLE.....

TEL fixe :

PORTABLE :

◆ Certifions que les conditions du couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande du ..... sont toujours remplies.

Demandons le renouvellement de la conservation de nos paillettes de sperme congelé au sein de votre unité d'AMP, pour une durée de 12 mois.

Demandons de procéder à leur destruction

**CE DOCUMENT EST A RENOUELER TOUT LES 12 MOIS**

Fait à Paris le :

**Monsieur**

Lu et approuvé

**Madame**

Lu et approuvé