



Formation IVG médicamenteuse
Dossier participant.e MSF

Je, soussignée Madame (nom et prénom)

- Souhaite interrompre ma grossesse ;
- Accepte, dans ce but d'être prise en charge par le réseau IVG médicamenteuse de ville ;
- Déclare avoir pris connaissance de la notice d'information qui m'a été remise ;
- Suis avertie que si je décidais, en cas d'échec, de mener ma grossesse à terme, aucune garantie ne peut m'être donnée sur l'absence totale de malformation.

A

Le

Signature