

Colis maternité

Complétez vos coordonnées ou apposez une vignette bleue

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

N° national :

Adresse Mail :@.....

A compléter par le médecin spécialiste ou la sage-femme

Le/la soussigné(e), médecin/sage-femme, confirme que la personne susmentionnée est enceinte d'au moins 4 mois, date prévue de l'accouchement/...../ 20.....

Date:/...../ 20.....

Signature et cachet :

A compléter par le père ou co-parent

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° national :

Je, soussigné,..... (nom) être le père ou co-parent de l'enfant.

Date :/...../ 20.....

Signature du père ou co-parent :