



Prime d'allaitement

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse E-mail	

A compléter par le médecin traitant, le travailleur médico-social de l'ONE ou la sage-femme

Je soussigné(e), déclare que la personne susmentionnée a allaité

Nom du 1er enfant	
Nom du 2ème enfant	
Nom du 3ème enfant	
Né(s) le	___ / ___ / _____

Depuis la date de naissance du/des enfants **jusqu'au** ___ / ___ / _____

Date: ___ / ___ / _____

Signature ou cachet du médecin, de l'intervenant ONE ou de la sage-femme: