

MODELE FEUILLET F2 CERTIFICAT MEDICAL AU TROISIEME MOIS DE LA GROSSESSE

II. IDENTIFICATION DE LA FEMME ENCEINTE

- 1) Nom :
- 2) Post-nom :
- 3) Prénom :
- 4) Adresse physique :
- 5) N° Compte bancaire :
- 6) N° Carte de Sécurité sociale :
- 7) Nom de l'assuré(e) :
- 8) Adresse physique de l'assuré(e) :
- 9) Profession de l'assuré(e) :
- 10) Période d'examen obligatoire(*) : 3^{ème} Mois 6^{ème} Mois ; 8^{ème} Mois
- 11) Date présumée du début de la grossesse :
- 12) Date probable de l'accouchement :

Je soussigné, Mr, Mme,..... certifie que Mme a subi en date du un examen médical général et un examen obstétrical, qu'elle est enceinte de mois et qu'elle accouchera vers le mois de

(*) *Cocher la case correspondante.*

Fait à, le20.....

Nom et signature du personnel médical