

Centre de Gestion : .....
Date : .....
N° Enregistrement : .....

## **MODELE FEUILLET F4**

### **CERTIFICAT MEDICAL AU HUITIEME MOIS**

### **DE LA GROSSESSE**

#### **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<sup>ème</sup> Mois  6<sup>ème</sup> Mois  8<sup>ème</sup> 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  
enceint de ..... mois et qu'elle accouchera vers le mois de .....

(\*) *Cocher la case correspondante*

Fait à ....., le .....20.....

***Nom et signature du personnel médical***