

Nom de la mère VOLET N°1

Numéro d'immatriculation

CERTIFICAT DE PREMIER EXAMEN PRENATAL

(À établir entre le 1^{er} et le 3^e mois de la grossesse)

Je soussigné Docteur en médecine certifie que

Mme.....

.....a subi le.....

Un examen général et un examen obstétrical qu'elle est enceinte

De.....mois et qu'elle accouchera vers le

Cachet ou et adresse du Médecin

Signature

Nom de la mère VOLET N°2

Numéro d'immatriculation

CERTIFICAT DE DEUXIEME EXAMEN PRENATAL

1^{ère} consultation obstétricale

(À établir entre 5 ½ et 6 1/2 mois de la grossesse)

Cachet ou Nom et adresse
Du Médecin de la Sage-femme
Ou du centre médical d'examen }

Date de l'examen.....Signature du Praticien

Date présumée de l'accouchement