

Nom de la mère VOLET N°3

Numéro d'immatriculation

CERTIFICAT DE TROISIEME EXAMEN PRENATAL

2^{er} consultation obstétricale

(À établir entre 7½ mois à la veille de l'accouchement)

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

**Nom de la mère
d'immatriculation**

VOLET N°4

Numéro

CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT

Je soussigné..... } Docteur en
médecine } Sage-femme

Atteste avoir accouché

Mme.....

née.....

D'enfant..... { Vivant }
Mort-née } de

sexe.....

Le { à son domicile }
à la maternité }

de.....

Ou elle est entrée le Date

Signature du Praticien :
Praticien

Cachet du