

**Nom de la mère  
d'immatriculation**

**VOLET N°7**

**Numéro**

**CERTIFICAT CONCERNANT l'enfant.....né le .....**

<b>Surveillance médicale du nourrisson :</b> Je soussigné, médecin, certifier que l'enfant.....indiqué ci-dessus A été } Ont été } (2) Examiné(s) par moi ce jour Date } Signature.....	Cachet du Praticien Ou du centre de consultation
<b>Surveillance médicale du nourrisson :</b> Je soussigné, médecin, certifier que l'enfant.....indiqué ci-dessus A été } Ont été } (2) Examiné(s) par moi ce jour Date } Signature.....	Cachet du Praticien Ou du centre de consultation
<b>Surveillance médicale du nourrisson :</b> Je soussigné, médecin, certifier que l'enfant.....indiqué ci-dessus A été } Ont été } (2) Examiné(s) par moi ce jour Date } Signature.....	Cachet du Praticien Ou du centre de consultation

Indique les prénoms de chacun des enfants s'il s'agit de jumeaux- (2) Rayer la mention inutile

**Nom de la mère  
d'immatriculation**

**VOLET N°8**

**Numéro**

**CERTIFICAT CONCERNANT l'enfant.....né le .....**

<b>Surveillance médicale du nourrisson :</b> Je soussigné, médecin, certifier que l'enfant.....indiqué ci-dessus A été } Ont été } (2) Examiné(s) par moi ce jour Date } Signature.....	Cachet du Praticien Ou du centre de consultation
<b>Surveillance médicale du nourrisson :</b> Je soussigné, médecin, certifier que l'enfant.....indiqué ci-dessus A été } Ont été } (2) Examiné(s) par moi ce jour Date } Signature.....	Cachet du Praticien Ou du centre de consultation
<b>Surveillance médicale du nourrisson :</b> Je soussigné, médecin, certifier que l'enfant.....indiqué ci-dessus A été } Ont été } (2) Examiné(s) par moi ce jour Date } Signature.....	Cachet du Praticien Ou du centre de consultation

Indique les prénoms de chacun des enfants s'il s'agit de jumeaux- (2) Rayer la mention inutile