

Premier examen médical prénatal.

(à adresser à l'organisme chargé des Prestations Familiales)

Recevez-vous des prestations familiales ?

Recevez-vous des prestations familiales ? OUI NON

Si OUI quel organisme vous les verse ? (nom et adresse) _____

Sous quel numéro d'allocataire ? _____

Quel est votre état civil ?

Madame

Votre nom _____ Votre prénom _____

Le nom de votre époux (s'il y a lieu) _____

Vos lieu et date de naissance _____

Monsieur

Votre nom _____ Votre prénom _____

Quelle est votre adresse ?

Votre adresse _____

Code postal _____

Quelle est votre situation professionnelle ?

Madame

Votre profession _____ Agricole Non agricole

Vous êtes : Salariée Sans activité professionnelle
 Non salariée Autre, précisez : _____

Monsieur

Votre profession _____ Agricole Non agricole

Vous êtes : Salarié Sans activité professionnelle
 Non salarié Autre, précisez : _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? (Maladie-Maternité)

• Si OUI quel est votre numéro d'immatriculation ? _____
Quel est l'organisme qui vous verse les prestations Maladie-Maternité ? _____

• Si NON précisez votre lien avec l'assuré dont vous êtes l'ayant-droit : Conjointe Enfant
 Personne vivant maritalement Autre, précisez : _____

Son nom _____ Son prénom _____

Son adresse (si différente de votre adresse) _____

Code postal _____

Son numéro d'immatriculation _____

Quel est l'organisme qui verse les prestations Maladie-Maternité ? _____

Madame, voulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge : _____ Nombre de grossesses antérieures _____

Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour) _____

Signature.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale. Art. 441-1 du Code P énal).

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.

Le _____ 19 _____ Signature :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.

Attestation du médecin

Cachet

• Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.

• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits

Signature du médecin :

DATE PRESUMEE DE DEBUT DE GROSSESSE _____

Premier examen médical prénatal.

(à adresser à l'organisme chargé des Prestations Familiales)

Recevez-vous des prestations familiales ?

Recevez-vous des prestations familiales ? OUI NON

Si OUI quel organisme vous les verse ? (nom et adresse) _____

Sous quel numéro d'allocataire ? _____

Quel est votre état civil ?

Madame

Votre nom _____ Votre prénom _____

Le nom de votre époux (s'il y a lieu) _____

Vos lieu et date de naissance _____

Monsieur

Votre nom _____ Votre prénom _____

Quelle est votre adresse ?

Votre adresse _____

Code postal _____

Quelle est votre situation professionnelle ?

Madame

Votre profession _____ Agricole Non agricole

Vous êtes : Salariée Sans activité professionnelle
 Non salariée Autre, précisez : _____

Monsieur

Votre profession _____ Agricole Non agricole

Vous êtes : Salarié Sans activité professionnelle
 Non salarié Autre, précisez : _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? (Maladie-Maternité)

• Si OUI quel est votre numéro d'immatriculation ? _____

Quel est l'organisme qui vous verse les prestations Maladie-Maternité ? _____

• Si NON précisez votre lien avec l'assuré dont vous êtes l'ayant-droit : Conjointe Enfant

Personne vivant maritalement Autre, précisez : _____

Son nom _____ Son prénom _____

Son adresse (si différente de votre adresse) _____

Code postal _____

Son numéro d'immatriculation _____

Quel est l'organisme qui verse les prestations Maladie-Maternité ? _____

Madame, voulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge : _____ Nombre de grossesses antérieures _____

Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour) _____

Signature.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale. Art. 441-1 du Code P énal).

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.

Le _____ 19 _____ Signature :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.

Attestation du médecin

Cachet

• Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.

• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits

Signature du médecin :

DATE PRESUMEE DE DEBUT DE GROSSESSE _____

Recevez-vous des prestations familiales ?

Recevez-vous des prestations familiales ? OUI NON

Si OUI quel organisme vous les verse ? (nom et adresse) _____

Sous quel numéro d'allocataire ? _____

Quel est votre état civil ?

Madame
Votre nom _____ Votre prénom _____

Le nom de votre époux (s'il y a lieu) _____

Vos lieu et date de naissance _____

Monsieur
Votre nom _____ Votre prénom _____

Quelle est votre adresse ?

Votre adresse _____

Code postal _____

Quelle est votre situation professionnelle ?

Madame
Votre profession _____ Agricole Non agricole

Vous êtes : Salariée Sans activité professionnelle
 Non salariée Autre, précisez : _____

Monsieur
Votre profession _____ Agricole Non agricole

Vous êtes : Salarié Sans activité professionnelle
 Non salarié Autre, précisez : _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? (Maladie-Maternité)

• Si OUI quel est votre numéro d'immatriculation ? _____
Quel est l'organisme qui vous verse les prestations Maladie-Maternité ? _____

• Si NON précisez votre lien avec l'assuré dont vous êtes l'ayant-droit : Conjointe Enfant
 Personne vivant maritalement Autre, précisez : _____
Son nom _____ Son prénom _____

Son adresse (si différente de votre adresse) _____

Code postal _____

Son numéro d'immatriculation _____

Quel est l'organisme qui verse les prestations Maladie-Maternité ? _____

Signature.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale. Art. 441-1 du Code P énal).

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.

Le _____ 19 _____ Signature :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.

Attestation du médecin

Cachet

• Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.

• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits

Signature du médecin :

DATE PRESUMEE DE DEBUT DE GROSSESSE _____