

Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille <i>(de naissance)</i>	
Nom d'usage <i>(facultatif et s'il y a lieu)</i>	
Prénom	
Lieu de naissance	Date de naissance
Votre adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Votre numéro de téléphone* <i>(facultatif)</i>	
Indiquez votre numéro de sécurité sociale	
Recevez-vous des prestations familiales ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
De quel organisme ?	
Sous quel numéro d'allocataire ?	

Votre activité professionnelle Agricole Non agricole
 Salariée Non salariée Fonctionnaire
 Sans activité professionnelle
 Autre, précisez :

Voulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)	

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Signature de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus
Le _____ Signature :

Attestation du médecin ou de la sage-femme

• Je soussigné(e), 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.
DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE _____ Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>

* Indiquer votre numéro de téléphone permettra au service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de vous joindre facilement en cas de besoin.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou son délégué à la Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille (de naissance)	
Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)	
Prénom	
Lieu de naissance	Date de naissance
Votre adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Votre numéro de téléphone* (facultatif)	
Indiquez votre numéro de sécurité sociale	
Recevez-vous des prestations familiales ?	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
De quel organisme ?	
Sous quel numéro d'allocataire ?	

Votre activité professionnelle Agricole Non agricole
 Salariée Non salariée Fonctionnaire
 Sans activité professionnelle
 Autre, précisez :

Voulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)	

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).
 En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).*

Signature de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le _____ Signature :

Attestation du médecin ou de la sage-femme

• Je soussigné(e), 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.

DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE _____ Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

* Indiquer votre numéro de téléphone permettra au service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de vous joindre facilement en cas de besoin.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou son délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille <i>(de naissance)</i>	
Nom d'usage <i>(facultatif et s'il y a lieu)</i>	
Prénom	
Lieu de naissance	Date de naissance
Votre adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Votre numéro de téléphone* <i>(facultatif)</i>	
Indiquez votre numéro de sécurité sociale	
Recevez-vous des prestations familiales ?	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
De quel organisme ?	
Sous quel numéro d'allocataire ?	

Votre activité professionnelle Agricole Non agricole
 Salariée Non salariée Fonctionnaire
 Sans activité professionnelle
 Autre, précisez :

Voulez-vous préciser ? (réponse facultative) Nombre d'enfants à charge

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Signature de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le Signature :

Attestation du médecin ou de la sage-femme

• Je soussigné(e), 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.

DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme	raison sociale
identifiant <input type="text"/>	adresse
	n° structure <input type="text"/>
	(AM, FINISS ou SIRET)

* Indiquer votre numéro de téléphone permettra au service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de vous joindre facilement en cas de besoin.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou son délégué à la Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.