

ANNEXE 1

Premier examen médical prénatal (à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)



n° 10112*04

Madame

Monsieur

Votre nom _____
Nom d'époux(se)
si vous le portez _____
Votre prénom _____
Votre lieu de naissance _____
Votre date de naissance _____
Votre adresse _____

Code postal _____

Votre profession Agricole Non agricole
Vous êtes : Saliée Non salariée
 Sans activité professionnelle Activité professionnelle
 Autre, précisez : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? OUI NON

Sous quel numéro d'allocataire ? _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? OUI NON

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation _____

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous attaché(e) ? _____

Son nom et son prénom _____

Indiquez son numéro d'immatriculation _____

Madame, voulez-vous préciser ? (répondre) enfants à charge _____ Nombre de grossesses antérieures _____
Téléphone _____

La loi relative à l'indemnité d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).

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

Le _____ 20____ Signature(s) :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée 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 votre Caisse d'allocations familiales.

Attestation du médecin
ou de la sage-femme.
Cachet

- 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 :

S. 4110 e