

Certificat d'accouchement

Je soussigné docteur / sage-femme _____
atteste que Mme/Mlle _____
née le _____
a accouché d'un enfant de sexe masculin/féminin le (date) _____
à (heure) _____.

Certificat établi à la demande de l'intéressée et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait le : _____ A : _____

Cachet

Signature