Partie à conserver dans le dossier médical

CERTIFICAT MÉDICAL D'ACCOUCHEMENT

En vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie
Décret n°………du ……….2008 pris en application de l'article 79-1 alinéa 2 du code civil

Seul le volet détachable du document (partie inférieure) pourra être transmis à l'officier d'état civil selon le tableau suivant

SITUATIONS OUVRANT LA POSSIBILITE D'UN CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT	SITUATIONS N'OUVRANT PAS LA POSSIBILITE D'UN CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT
Accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale (dont IMG)	Interruption spontanée précoce de grossesse (fausse couche précoce) et interruption volontaire de grossesse (IVG)

Nom et prénom de la parturiente |_______________________________| *Date de naissance* |__________|

Date et heure de l'acte : *Date* |__________________| Heure |______________|

Lieu -établissement |______________________________| *Autre* |____________________|

Adresse |____|

Commune |______________________________| Code postal |__________|

Nom et qualité du praticien |____|

|_ _ _ _ **Partie à détacher et à transmettre à l'officier d'État civil** _|

CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT

en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie auprès de l'officier d'état civil (article 79-1 alinéa 2 du code civil)

Je soussigné(e), Prénom |_________________________| Nom |_________________________|

Qualité : Docteur en médecine ❑
Sage-femme ❑

CERTIFIE QUE :

Prénom |_________________________| Nom de famille |_________________________|

Nom d'usage (le cas échéant) |_________________________|

A accouché, le |__________| à |_____h_____mn|

à: commune |______________________________| Code postal |__________|

D'un enfant mort-né ou né vivant mais non viable, de sexe : F M

Fait à |_________________________| le, |__________|.

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien