

1. Renseignements sur l'identité du médecin

| | | | | | |
|-------------------------------|-------------|---------------------|--|-----------------------------|--|
| Nom de famille | | Prénom | | Numéro du permis d'exercice | |
| Adresse (du lieu de pratique) | | | | Ville | |
| Province | Code postal | Numéro de téléphone | | | |

2. Renseignements relatifs à l'attestation

| | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------|----------------------------|------|------|
| Nom de famille de la patiente | | Prénom de la patiente | | | |
| Numéro d'assurance maladie | | | Date prévue d'accouchement | | |
| | | | année | mois | jour |

3. Signature

Je soussigné(e) atteste par la présente que la patiente citée en référence poursuit actuellement une grossesse.

| | | | | |
|-----------|-----------|-------|------|------|
| Signé à : | Signature | année | mois | jour |
|-----------|-----------|-------|------|------|