

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
-----------	-----------	-------	------	------