



Prime d'allaitement

Afin de pouvoir bénéficier de cette intervention, vous devez remettre ce document complété à votre mutualité.

COLLEZ ICI VOTRE VIGNETTE BLEUE

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT,
LE TRAVAILLEUR MEDICO SOCIAL OU LA SAGE-FEMME

Je, soussigné, certifie que cette dame a allaité à partir de la date de naissance de l'enfant jusqu'au/...../..... (jj/mm/aaaa).

| Par grossesse | Nom de l'enfant | Date de naissance |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|
| 1 ^{er} enfant | | ___/___/_____ |
| 2 ^e enfant (jumeaux) | | ___/___/_____ |
| 3 ^e enfant (triplés) | | ___/___/_____ |

Date

Signature du Médecin
Travailleur médico social
Sage-femme

Cachet et signature