

CERTIFICAT MÉDICAL D'ACCOUCHEMENT

En vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie
Décret n°2008-800 du 20 août 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*

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