

Numéro Sécurité Sociale :	Numéro bénéficiaire :
Prénom de l'enfant :	Numéro enfant :
Nom du Père :	Rang :
Numéro Employeur :	
Désignation Employeur :	

Je soussigné(e) M. Mme : .....

Après avoir examiné de l'enfant

Prénom de l'enfant :

Nom Enfant :

Né(e) le

Certifie que : .....

- les parents se conforment à nos prescriptions
- les parents ne se conforment pas à nos prescriptions

Fait à ..... le .....

(Signature et cachet)