

# Premier examen médical prénatal

(à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)

1er volet

cerfa

n° 10112\*05

## Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille **MENEUST**  
(de naissance)

Nom d'usage **QUITOUX**  
(facultatif et s'il y a lieu)

Prénom **LUCIE**

Lieu de naissance **PARIS 14<sup>e</sup>** Date de naissance **25 11 1990**

Votre adresse

n°, voie, rue **47 RUE DE SAINT GERMAIN**

Code postal **78260** ville **ACHÈRES**

Etes-vous assurée sociale ? **OUI** ☒ **NON** ☐

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation **290117511476232**

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattachée ? (complétez ci-dessous)

Son nom et son prénom

Son numéro d'immatriculation

Son adresse

n°, voie, rue

Code postal ville

Recevez-vous des prestations familiales ? **OUI** ☐ **NON** ☒

De quel organisme ?

Sous quel numéro d'allocataire ?

Profession de l'assuré(e) ☐ Agricole ☒ Non agricole  
☐ Salariée ☐ Non salariée ☒ Fonctionnaire  
☐ Sans activité professionnelle  
☐ Autre, précisez :

voulez-vous préciser ? (réponse facultative) Nombre d'enfants à charge **0** Nombre de grossesses antérieures **0**

Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour) **1h30**

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Signature de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le **21 12 2022**

Signature :

*Quitoux*

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de votre Caisse d'allocations familiales.

Attestation du médecin ou de la sage-femme

• Je soussigné(e), certifie que Madame **QUITOUX Lucie** a subi le **21 12 2022** l'examen médical général et obstétrical.

• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMÉE  
DU DÉBUT  
DE LA GROSSESSE

**28 09 2022**

Signature du médecin ou de la sage-femme :

*haut*

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme  
**CHAUVEY Clarisse**  
21-Sage-Femme N°RPPS 10101008752  
269 avenue Carnot  
78700 Conflans Sainte Honorine  
Tel : 07 49 30 86 50

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Mail : [clarissechauvey.sagefemme@gmail.com](mailto:clarissechauvey.sagefemme@gmail.com)

UCANSS - "Édition 03/2016" - Imprimerie RAULT n°AM 7850074590010021

S. 4110 f