***République Togolaise* *service de santé***

**N° *CHU – MANDELA***

**Maternité indigène d**

**DECLARATION DE NAISSANCE**

**Je soussigné**

**Sage-femme en service à l’hôpital de certifie que**

**La nommée**

**Née Le à**

**Profession**

**Epouse de**

**Née Le à**

**Profession**

**Demeurant actuellement a**

**A mis au monde à la maternité indigène de l’hôpital d’**

**Le un enfant de sexe**

**A qui elle déclare donner le nom**

**LE**

**Vu :**

**Le Médecin chef Sage-femme en service**