



[mairie@moneteau.fr](mailto:mairie@moneteau.fr)

Tel : 03 86 40 63 93

## Certificat médical de constatation de naissance

Je soussigné (e) ....., sage-femme, médecin,

Certifie que Madame (nom d'usage) .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

A accouché : le .....

à (en heures et minutes).....

à (lieu) exact :.....

d'un enfant du sexe  Masculin

Féminin

### L'enfant est né vivant et viable

---

Volet à compléter le cas échéant

L'enfant est décédé le (date en jour, mois, année) .....

A (en heures et minutes) .....

A (lieu) .....

Fait à Monéteau, le .....

Signature