|  |  |
| --- | --- |
|  | Lieu : Date :  |
|  |  |
| **Mission CamiFrance :****Région :** Spot.***Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et des enfants exilés***NOM PrénomSage-femme / Gynécologue.*N°RPPS :* RPPS***Référent de la mission****Dr Richard Matis**Gynécologue**N°RPPS : 10003729620****Coordination nationale CamiFrance****07 62 26 26 10**gsf.camifrance@gmail.com* |  Je, soussigné(e), …………………………………….. , sage-femme / gynécologue certifie avoir reçu ce jour la demande d’interruption volontaire de grossesse de Mme …………………………………………………Le début de grossesse est estimé au …………………………………….….. soit ……. semaines d’aménorrhée ce jour.DDR : Je lui ai remis un dossier-guide et je l’ai informée conformément aux dispositions de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001.Certificat établi à la demande de l’intéressée et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.Nom Prénom Signature  |
|  |  |