|  |  |
| --- | --- |
|  | Lieu :  Date : |
|  |  |
| **Mission CamiFrance :**  **Région :** Spot.  ***Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et des enfants exilés***  NOM Prénom  Sage-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 |
|  |  |