

ALLOCATION DE NAISSANCE

NOM : _____

PRENOM: _____

Structure: _____

N° Adhésion _____

CONTACT: Tél  (237) _____

Mail  _____

LIEU HOSPITALISATION : _____

CENTRE HOSPITALISATION : _____

Enfants	Sexe	
	M	F
1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Éléments de dossiers

N°	Éléments	Références
1	certificat d'accouchement	<input type="checkbox"/> _____
2	photocopie acte de naissance	<input type="checkbox"/> _____
3	Reçu (s) de paiement	<input type="checkbox"/> _____

_____ Date

Signature