Dispositif
Jeunes pousses • Paniers bien naître

Partie réservée au professionnel de santé

Je soussigné(e) .....

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Gynécologue
- ☐ Sage-femme

Certifie avoir rencontré ce jour Mme .....

Née le ...../...../.....

Atteste qu'elle est enceinte, à terme pour le ...../...../.....

et qu'elle peut bénéficier du dispositif « Jeunes pousses • Paniers bien naître ».

Prescription établie à la demande de l'intéressée
et remise en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Cachet et signature du professionnel de santé :

Fait à .....

Le ...../...../.....

Partie à compléter par la femme enceinte

Adresse .....

Mail .....

Téléphone .....

Cette attestation est à envoyer par mail à : jeunespousses@payssaintgilles.fr

Pour toute question, vous pouvez contacter :

- *Caroline Schmautz, Chargée de prévention Contrat Local de Santé : 06 81 34 89 22*
- *Aurélien Pichon, Chef de projets agriculture et alimentation : 06 81 60 40 34*

Pays de Saint Gilles Croix de Vie Agglomération
Centre Intercommunal d'Actions Sociales
ZAE du Soleil LevantCS 63669 – Givrand
85806 Saint Gilles Croix de Vie Cedex

Téléphone 02 51 55 55 55
Courriel cias@payssaintgilles.fr