



CERTIFICAT DE GROSSESSE A RISQUES

Je soussigné (e) _____

Certifie que Madame _____

Née le _____

Présente une grossesse à risques.

Le terme de la grossesse est prévu le _____

Son état nécessite un suivi médical régulier et un accouchement à Mayotte.

Toute mesure d'éloignement ferait encourir des risques à cette patiente et à son futur enfant.

Fait à _____, le _____

Coordonnées du praticien :
(Nom, fonction, lieu et num tel professionnel)

Cachet et signature