

DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL
ORDONNANCE VERTE

Porté par le service des 1000 premiers jours



ORDONNANCE

PRENDRE SOIN DE SA **SANTÉ** ET CELLE DE SON **BÉBÉ**

Je soussigné(e) : _____

- Médecin généraliste
- Gynécologue Obstétricien
- Sage-femme

Certifie avoir rencontré ce jour Madame _____

Née le ____ / ____ / ____ , habitante sur la commune de _____

J'atteste que Madame est enceinte.

*Ordonnance valable selon le nombre de places disponibles au dispositif,
Non-remboursement Assurance Maladie.*

Fait à _____ , le ____ / ____ / ____

Cachet et signature du professionnel de santé

Adresse postale et adresse mail du professionnel de santé



INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS
Sur le site de Cœur de Flandre agglo

