

Nom de la mère

Prénom de la mère

DN de la mère

DN du père

Certificat de troisième examen prénatal

2^e consultation obstétricale à établir vers le 8^e mois de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Date de l'examen

Nom du praticien (médecin, sage-femme, centre médical d'examen)

.....

.....

Cachet
du praticien

(à défaut nom & adresse)

Signature
du praticien

Femme salariée ou non salariée ayant une perte de revenus

**Veillez déposer le volet 3 ou un certificat de grossesse
≥ 7 mois dans les meilleurs délais pour bénéficier des
indemnités journalières liées à votre maternité.**

Montant de l'allocation prénatale correspondant au 3^e volet :

(en fonction du régime d'affiliation CPS, au 01/01/07)

Salarié	18 000 XPF
Solidarité	16 500 XPF
Non salarié	0 à 16 500 XPF (selon Quotient Familial)