

FORMULAIRE

CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL

(Etabli en application des dispositions de l'article 7 bis de la loi n° 84-11 du 9 juin 1984 portant code de la famille)

Je soussigné, Docteur :

Nom et prénom :

Docteur en médecine :

Exerçant à :

Adresse :

Certifie avoir examiné en vue du mariage :

Né(e) le :

Demeurant à :

C.I.N. n° délivrée à : le :

Etablis le présent certificat après avoir procédé à un examen clinique complet et pris connaissance des résultats des examens suivants :

— Groupe sanguin ABO + Rhésus.....

Déclare en outre, avoir :

— informé l'intéressé(e) des résultats des examens cliniques et des actions de nature à prévenir ou à réduire le risque pour lui(elle), son conjoint ou sa descendance ;

— attiré l'attention de la future épouse des risques d'une éventuelle rubéole qui peut être contractée au cours de la grossesse ;

— insisté sur les facteurs de risques pour certaines maladies.

Ce certificat est délivré à l'intéressé(e), en mains propres, pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : le :