

**PRIME D'ALLAITEMENT**

<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> période de 2 mois <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> période de 2 mois <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> période de 2 mois
---

Afin de pouvoir bénéficier de cette intervention, vous devez remettre ce document dûment complété à votre mutualité.

Le médecin ne peut compléter le présent document qu'après la fin de chaque période d'allaitement.

COLLEZ ICI VOTRE VIGNETTE BLEUE
---------------------------------

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT
-------------------------------------

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que cette dame a allaité à partir de la date de naissance de

l'enfant jusqu'à  la fin du 2<sup>ème</sup> mois (...../...../.....) ;

les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> mois de la vie de l'enfant ;

les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois de vie de l'enfant.

Par grossesse	Nom de l'enfant	Date de naissance
1 <sup>er</sup> enfant		
2 <sup>ème</sup> enfant (jumeaux)		
3 <sup>ème</sup> enfant (triplés)		

Date :

Signature du médecin

Cachet du médecin
-------------------

Une intervention de 125,00 € est accordée par période de 2 mois. Cette intervention peut être octroyée pour un maximum de 3 périodes successives d'allaitement (chaque fois 2 mois). L'intervention ne peut pas dépasser 375,00 €.