



## CONTRAT d'ADHESION du PATIENT Au Réseau Périnatalité de Franche-Comté

<u>Identification du bénéficiaire (mère)</u>	<u>Identification du médecin ou de l'établissement ayant recueilli le consentement</u>
Nom marital : .....	Nom : .....
Nom de jeune fille : .....	Lieu d'exercice (cabinet privé ou établissement) :
Prénom : .....	.....
Date de naissance : .....	.....
Lieu de naissance : .....	.....
Nom de l'enfant (si différent du nom de la maman) : .....	.....
.....	.....
Prénom : .....	.....
Date de naissance : .....	.....
Lieu de naissance : .....	.....

Déclare avoir pris connaissance des informations figurant sur la plaquette du Réseau de Périnatalité

A .....

**Signature de la patiente**

Le .....

*1<sup>er</sup> feuillet à remettre au médecin coordonnateur du réseau périnatalité*

*2<sup>ème</sup> feuillet à remettre dans le dossier médical de la patiente*

*3<sup>ème</sup> feuillet à remettre à la patiente*