

# vous attendez un enfant

Madame,

Votre médecin ou votre sage-femme vient de vous confirmer que vous attendez un bébé.

Pour le suivi médical de votre grossesse, un carnet de santé maternité vous sera adressé selon les modalités définies par le service de protection maternelle et infantile (PMI) de votre département.

Les sept examens médicaux mensuels obligatoires, vous seront remboursés à 100% par votre organisme d'assurance maladie.

Vous trouverez également dans ce carnet, des informations utiles sur la filiation, l'exercice de l'autorité parentale, les prestations sociales, le congé de maternité et le congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

## envoyez :

- Immédiatement, et au plus tard avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse, les 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> volets (bleus) à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales.
- Le 3<sup>ème</sup> volet (rose), à votre organisme d'assurance maladie, avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire que vous venez de passer afin d'obtenir la prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement.

The image shows three overlapping forms for the 'Premier examen médical prénatal'. The top form is blue, the middle one is purple, and the bottom one is pink. Each form contains fields for personal information, medical history, and a doctor's certification.

**A quel organisme devez-vous adresser les 1er et 2ème volets (bleus) ?**

• **Si vous recevez déjà des prestations familiales d'une CAF, d'une CMSA ou de la SNCF :**

A l'organisme qui vous verse habituellement vos prestations.

• **Si vous ne recevez pas encore de prestations familiales ou si vous recevez des prestations familiales d'un autre organisme :**

- **Vous devez tout d'abord, si vous vivez en couple, choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert votre dossier.**

Ce choix est important car l'organisme dont vous dépendrez pour les prestations familiales et à qui vous devrez adresser ces volets, est déterminé par la situation professionnelle de l'allocataire, ou par la situation du conjoint, concubin ou partenaire PACS si l'allocataire est sans activité professionnelle.

- Puis consultez le tableau ci-dessous.

SITUATION PROFESSIONNELLE		ORGANISME COMPÉTENT
de l'allocataire choisi(e)	de son conjoint, concubin ou partenaire pacs	
- salarié(e) (sauf salarié agricole ou de la SNCF) - fonctionnaire (Etat, Collectivités locales, service public hospitalier) - employeur - travailleur indépendant (sauf exploitant agricole)	quelle qu'elle soit	Caisse d'allocations familiales (CAF)
salarié(e) de la SNCF	quelle qu'elle soit	SNCF
chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, salarié(e) ou non-salarié(e) agricole (conjoint collaborateur, associé d'exploitation..)	quelle qu'elle soit	Caisse de mutualité sociale agricole (CMSA)
sans activité professionnelle (1)	- salarié(e) ou fonctionnaire - employeur - travailleur indépendant - sans activité professionnelle (1)	Caisse d'allocations familiales (CAF)
	- chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, - salarié(e) ou non-salarié(e) agricole	Caisse de mutualité sociale agricole (CMSA)

(1) Y compris les pensionnés d'invalidité et de vieillesse, ainsi que les chômeurs, sauf pour les personnes ayant eu une activité agricole qui continuent de relever de la Caisse de mutualité sociale agricole.

**Pourquoi un 2e volet à l'organisme chargé des prestations familiales ?**

• Pour que l'organisme chargé des prestations familiales l'adresse au service de protection maternelle et infantile qui est chargé de la protection des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

• Si votre grossesse présente un risque médical ou social particulier, et en accord avec votre médecin traitant ou votre sage-femme, ce service peut vous proposer une aide sous différentes formes : visite d'une sage-femme, travailleuse familiale, etc.

**Si vous êtes salariée, à qui pouvez-vous aussi signaler votre grossesse ?**

Les conditions de travail d'une femme enceinte font l'objet d'une surveillance particulière de la part de la médecine du travail à qui vous pouvez signaler votre grossesse.

Si vous ne connaissez pas les coordonnées de votre Caisse d'allocations familiales, renseignez-vous auprès de votre mairie ou sur les site Internet "www.caf.fr" et "www.msa.fr".

## Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille <i>(de naissance)</i>	<b>Ce formulaire est mis en ligne pour consultation. Pour votre démarche, un formulaire original sera utilisé.</b>	
Nom d'usage <i>(facultatif et s'il y a lieu)</i>		
Prénom		
Lieu de naissance	Date de naissance	
Votre adresse		
n°, voie, rue		
Code postal		ville
Etes-vous assurée sociale ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation		
Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattachée ? <i>(complétez ci-dessous)</i>		
Son nom et son prénom		
Son numéro d'immatriculation		
Son adresse		
n°, voie, rue		
Code postal		ville
Recevez-vous des prestations familiales ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
De quel organisme ?		
Sous quel numéro d'allocataire ?		
Profession de l'assuré(e)	<input type="checkbox"/> Agricole	<input type="checkbox"/> Non agricole
	<input type="checkbox"/> Salariée	<input type="checkbox"/> Non salariée
	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

**veuillez-vous préciser ?** (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge		Nombre de grossesses antérieures	
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour) .....			

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).*

*En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but "f" d'obtenir "g" des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.*

## Signature de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le \_\_\_\_\_ Signature :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de votre Caisse d'allocations familiales.

## Attestation du médecin ou de la sage-femme

- Je soussigné(e), certifie que Madame \_\_\_\_\_ a subi le \_\_\_\_\_ l'examen médical général et obstétrical.
- J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE \_\_\_\_\_ Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure
	(AM, FINESS ou SIRET)

# Premier examen médical prénatal

(à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)

2ème volet



n° 10112\*05

**SPÉCIMEN**

Nom de famille <i>(de naissance)</i>	
Nom d'usage <i>(facultatif et s'il y a lieu)</i>	
Prénom	
Lieu de naissance	Date de naissance
Votre adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Etes-vous assurée sociale ? <span style="float:right">OUI <input type="checkbox"/></span> <span style="float:right">NON <input type="checkbox"/></span>	
Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation	
Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattachée ? <i>(complétez ci-dessous)</i>	
Son nom et son prénom	
Son numéro d'immatriculation	
Son adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Recevez-vous des prestations familiales ? <span style="float:right">OUI <input type="checkbox"/></span> <span style="float:right">NON <input type="checkbox"/></span>	
De quel organisme ?	
Sous quel numéro d'allocataire ?	
Profession de l'assuré(e) <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole <input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

**voulez-vous préciser ?** (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)	

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).*

*En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but "f" y compris "g" de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.*

**Signature de la femme enceinte**

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus  
Le \_\_\_\_\_ Signature :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de votre Caisse d'allocations familiales.

**Attestation du médecin ou de la sage-femme**

- Je soussigné(e), certifie que Madame \_\_\_\_\_ a subi le \_\_\_\_\_ l'examen médical général et obstétrical.
  - J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.
- DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE \_\_\_\_\_ Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure
	(AM, FINESS ou SIRET)

Nom de famille <i>(de naissance)</i>	
Nom d'usage <i>(facultatif et s'il y a lieu)</i>	
Prénom	
Lieu de naissance	Date de naissance
Votre adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Etes-vous assurée sociale ? <span style="float:right">OUI <input type="checkbox"/></span> <span style="float:right">NON <input type="checkbox"/></span>	
Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation	
Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattachée ? <i>(complétez ci-dessous)</i>	
Son nom et son prénom	
Son numéro d'immatriculation	
Son adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Recevez-vous des prestations familiales ? <span style="float:right">OUI <input type="checkbox"/></span> <span style="float:right">NON <input type="checkbox"/></span>	
De quel organisme ?	
Sous quel numéro d'allocataire ?	
Profession de l'assuré(e) <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole <input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

**voulez-vous préciser ?** (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).*

**Signature de la femme enceinte**

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le

Signature :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de votre organisme d'assurance maladie.

**Attestation du médecin ou de la sage-femme**

• Je soussigné(e), certifie que Madame \_\_\_\_\_ a subi le \_\_\_\_\_ l'examen médical général et obstétrical.

• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE  
DU DEBUT  
DE LA GROSSESSE

Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)