



## A quel organisme devez-vous adresser les 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, si l'allocataire est sans activité professionnelle.

- Puis consultez le tableau ci-dessous.

SITUATION		ORGANISME COMPÉTENT
de l'allocataire choisi(e)	conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)	
salarié(e) - sauf de la SNCF ou employeur ou travailleur indépendant	quelle qu'elle soit	Caisse d'allocations familiales (CAF)
salarié(e) de la SNCF	quelle qu'elle soit	SNCF
exploitant ou salarié(e) agricole	quelle qu'elle soit	Caisse de mutualité sociale agricole (CMSA)
sans activité professionnelle (1)	sans conjoint	Caisse d'allocations familiales (CAF)
	salarié(e) ou employeur ou travailleur indépendant ou sans activité professionnelle (1)	
	exploitant ou 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 bleu ?

- 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'un technicien d'intervention sociale et familiale, aide ménagère, auxiliaire de vie sociale, ....

## 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 Minitel (tapez 36 15 CAF) ou sur le site Internet "www.caf.fr".

# Premier examen médical prénatal

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



n° 10112\*04

Madame

Monsieur

Votre nom	_____	_____
Nom d'époux(se) <i>si vous le portez</i>	_____	_____
Votre prénom	_____	_____
Votre lieu de naissance	_____	_____
Votre date de naissance	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Votre adresse	_____	Adresse, si elle est différente _____
	_____	_____
	Code postal ____ ____ ____	Code postal ____ ____ ____
Votre profession	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole
Vous êtes :	<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? \_\_\_\_\_  OUI     NON  
Sous quel numéro d'allocataire ? \_\_\_\_\_

Madame, êtes-vous assurée sociale ? \_\_\_\_\_  OUI     NON

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?

Son nom et son prénom \_\_\_\_\_

Indiquez son numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

**Madame, 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 (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).*

## Signature

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Signature(s) :

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

Cachet

- 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 :

# Premier examen médical prénatal

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



n° 10112\*04

Madame

Monsieur

Votre nom	_____	_____
Nom d'époux(se) <i>si vous le portez</i>	_____	_____
Votre prénom	_____	_____
Votre lieu de naissance	_____	_____
Votre date de naissance	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____
Votre adresse	_____	Adresse, si elle est différente _____
	_____	_____
	Code postal ____ ____ ____ ____ ____	Code postal ____ ____ ____ ____ ____
Votre profession	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole
Vous êtes :	<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? \_\_\_\_\_  OUI     NON

Sous quel numéro d'allocataire ? \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_|

Madame, êtes-vous assurée sociale ? \_\_\_\_\_  OUI     NON

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_|

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?

Son nom et son prénom \_\_\_\_\_

Indiquez son numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_|

**Madame, 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 (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).*

## Signature

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_      Signature(s) :

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

Cachet

- 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 :

# Premier examen médical prénatal

(à adresser à l'organisme d'assurance maladie-maternité)

**cerfa**  
n° 10112\*04

**Madame**

**Monsieur**

Votre nom	_____	_____
Nom d'époux(se) <i>si vous le portez</i>	_____	_____
Votre prénom	_____	_____
Votre lieu de naissance	_____	_____
Votre date de naissance	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____
Votre adresse	_____	Adresse, si elle est différente _____
	_____	_____
	Code postal ____ ____ ____ ____ ____	Code postal ____ ____ ____ ____ ____
Votre profession	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole
Vous êtes :	<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? \_\_\_\_\_  OUI     NON

Sous quel numéro d'allocataire ? \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Madame, êtes-vous assurée sociale ? \_\_\_\_\_  OUI     NON

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?

Son nom et son prénom \_\_\_\_\_

Indiquez son numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**Madame, 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 (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).*

**Signature**

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Signature(s) :

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**  
Cachet

- 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 :