

vous attendez un enfant

Madame, Monsieur,

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

Vous donnez la vie, et désormais, en qualité de parents, vous devenez responsable de votre enfant. A la naissance, vous devrez assurer de manière solidaire le bien-être matériel, l'éducation et l'épanouissement de votre enfant.

Pour votre information, deux documents sont mis à votre disposition : pour vous, Madame, un carnet de maternité est diffusé par le service de la protection maternelle et infantile ; pour vous, Monsieur, un livret de paternité vous sera prochainement adressé.

Vous y trouverez des informations utiles sur la filiation, l'exercice de l'autorité parentale, les prestations sociales, le congé de maternité et le congé de paternité.

Votre médecin ou votre sage-femme vous a donné toutes les indications pour le suivi médical régulier de la grossesse.

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

envoyez :

- Immédiatement, et au plus tard avant la fin de la 14e semaine de grossesse, les deux premiers volets bleus à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales.

- Immédiatement, le volet de couleur rose à l'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.

Premier examen médical prénatal
(à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)

cerfa
n° 50040#04

Madame	Monsieur
Votre nom _____ Nom d'épouse(s) et vous le portez ? _____ Votre prénom _____ Votre lieu de naissance _____ Votre date de naissance _____ Votre adresse _____ Adresse, si elle est différente _____ Code postal _____	Votre nom _____ Nom d'épouse(s) et vous le portez ? _____ Votre prénom _____ Votre lieu de naissance _____ Votre date de naissance _____ Votre adresse _____ Adresse, si elle est différente _____ Code postal _____
Votre profession : <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"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Mère, père(s) _____	Votre profession : <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole Vous êtes : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Mère, père(s) _____
Recevez-vous des prestations familiales ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sous quel numéro d'allocation ? _____	
Madame, êtes-vous assurée sociale ? _____ SI OUI indiquez votre numéro d'immatriculation _____ SI NON à quelle(s) assure(s) êtes-vous rattaché(e) ? _____ Son nom et son prénom _____ Indiquez son numéro d'immatriculation _____	
Madame, voulez-vous précéder ? (réponse facultative) _____ Nombre d'enfants à charge _____ Naissance _____ Temps de transport quotidiens (domicile, travail et retour) _____ La loi n° 717 du 26 septembre 1978 relative à l'information des futurs parents en matière d'accès et de modification pour les parents tous deux parents _____	
Signature _____ Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis _____ Le _____ 20____ S____	
La loi n° 717 du 26 septembre 1978 relative à l'information des futurs parents en matière d'accès et de modification pour les parents tous deux parents _____	
Attestation de médecin ou de la sage-femme _____ Cachet _____ * Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____ * J'atteste également que les examens obligatoires _____ DATE PRESUMEE DE LA GROSSESSE _____	

Premier examen médical prénatal
(à adresser à l'organisme d'assurance maladie-maternité)

cerfa
n° 50040#04

Madame	Monsieur
Votre nom _____ Nom d'épouse(s) et vous le portez ? _____ Votre prénom _____ Votre lieu de naissance _____ Votre date de naissance _____ Votre adresse _____ Adresse, si elle est différente _____ Code postal _____	Votre nom _____ Nom d'épouse(s) et vous le portez ? _____ Votre prénom _____ Votre lieu de naissance _____ Votre date de naissance _____ Votre adresse _____ Adresse, si elle est différente _____ Code postal _____
Votre profession : <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"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Mère, père(s) _____	Votre profession : <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole Vous êtes : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Mère, père(s) _____
Recevez-vous des prestations familiales ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sous quel numéro d'allocation ? _____	
Madame, êtes-vous assurée sociale ? _____ SI OUI indiquez votre numéro d'immatriculation _____ SI NON à quelle(s) assure(s) êtes-vous rattaché(e) ? _____ Son nom et son prénom _____ Indiquez son numéro d'immatriculation _____	
Madame, voulez-vous précéder ? (réponse facultative) _____ Nombre d'enfants à charge _____ Naissance _____ Temps de transport quotidiens (domicile, travail et retour) _____ La loi n° 717 du 26 septembre 1978 relative à l'information des futurs parents en matière d'accès et de modification pour les parents tous deux parents _____	
Signature _____ Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis _____ Le _____ 20____ S____	
La loi n° 717 du 26 septembre 1978 relative à l'information des futurs parents en matière d'accès et de modification pour les parents tous deux parents _____	
Attestation de médecin ou de la sage-femme _____ Cachet _____ * Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____ * J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation sont été passés _____ DATE PRESUMEE DE LA GROSSESSE _____	
L'examen médical prénatal est obligatoire * Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____ * J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation sont été passés _____ DATE PRESUMEE DE LA GROSSESSE _____ Signature de médecin : _____ S. 4110	

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 :