



Ordonnance

Je soussigné(e).....

Profession de santé :

Certifie avoir rencontré ce jour Mme

Née le.....

Atteste qu'elle est enceinte, à terme pour le et qu'elle peut bénéficier du dispositif « Ordonnance verte ».

Prescription établie à la demande de l'intéressé(e) et remise en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à , le

| | |
|---|---|
| Cachet et signature du professionnel de santé : | Adresse postale et adresse mail du professionnel de santé : |
| | |

Ordonnance Verte - Informations et Inscription :

Vous pouvez maintenant contacter une AMAP selon votre zone géographique.

Longuenée, Brain sur Longuenée et St Clément

www.amap49-membrolle.fr/ordonnance-verte

06 86 85 06 96

contact@amap49-membrolle.fr

Cantenay, Feneu, Soulaire & Bourg, Les Hauts de St
Aubin, Avrillé

www.amap-bassesvallees.fr/ordonnance-verte

06 21 34 39 54

amap.bv@gmail.com