MODÈLE

Attestation de première consultation médicale

Demande d’interruption volontaire de grossesse

Je soussigné(e) M/ Mme ,

 [ ]  Médecin [ ]  Sage-femme

Exerçant à / Au cabinet situé à :

 ,

Certifie avoir reçu, en consultation ce jour,

Mme NOM, Prénom ,

née le ……../……/…….…,

[ ]  Majeure

[ ]  Mineure

Numéro DN

qui sollicite une interruption volontaire de grossesse (IVG),

Certifie lui avoir remis la fiche des informations relatives à l’IVG,

Certifie l’avoir informée, conformément aux dispositions du code de la santé publique, tel qu’applicable en Polynésie française, de la loi du pays n° 2021-36 du 9 août 2021 relative à l’interruption volontaire de grossesse et de l’arrêté n° 637/CM du 4 mai 2022 portant application de la loi du pays n° 2021-36 du 9 août 2021 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

Fait à , le ……../……/…….….

Signature et cachet du praticien