MODÈLE

Attestation de deuxième consultation médicale

Demande d’interruption volontaire de grossesse

Je soussigné(e) M/ Mme ,

 [ ]  Médecin [ ]  Sage-femme

Exerçant à / Au cabinet situé à :

Ayant passé convention, le ……../……/…….…

avec l’établissement d’hospitalisation

 ,

Certifie avoir reçu, en consultation ce jour,

Mme NOM, Prénom ,

née le ……../……/…….…,

[ ]  Majeure

[ ]  Mineure

Numéro DN

Date de la première consultation médicale : ……../……/…….…

Date de la consultation non médicale (obligatoire pour les personnes mineures) : ……../……/…….…

qui déclare confirmer sa demande d’une interruption volontaire de grossesse, conformément aux dispositions 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 à 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,

qui choisit : [ ]  la méthode médicamenteuse [ ]  la méthode instrumentale.

Fait à , le ……../……/…….….

Signature et cachet du praticien