

# Certificat médical

Je soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_

Certifie avoir reçu en consultation ce jour Mme / Mlle \_\_\_\_\_

qui renouvelle sa demande d'une Interruption Volontaire de Grossesse conformément aux délais de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001.

Certificat établi à la demande de l'intéressée et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Cachet

Signature