

Cachet de la maternité

Pour les groupes hospitaliers, indiquer l'adresse précise de la maternité de l'hôpital concerné

Date du dressé : ____/____/____

Heure du dressé : ____ heure(s) ____ minute(s)

Numéro de l'acte : _____

Déclaration de naissance

A effectuer au plus tard le : ____/____/____

Date de naissance : ____/____/____

Heure de naissance : ____ heure(s) ____ minute(s)

Sexe de l'enfant : masculin féminin Indéterminé

Type d'accouchement : naissance simple
naissance multiple

Nombre d'enfants : _____

Naissance anonyme : OUI NON

Informations facultatives

Poids à la naissance (en grammes) : _____ grammes

Age gestationnel : ____ semaines révolues d'aménorrhée

Renseignements relatifs à l'enfant (suivant les indications données)

N° de Naissance AP-HP : _____

N° de chambre : _____

N° d'accouchement : _____

Prénoms de l'enfant : _____

NOM de l'enfant : _____

Choix du nom de famille : OUI Par déclaration conjointe du : ____/____/____
NON

Si une déclaration conjointe a été faite pour un autre enfant, préciser la procédure :

Choix de nom Changement de nom Adjonction

Par déclaration conjointe du : ____/____/____

La mère a-t-elle eu d'autres enfants nés vivants ? OUI NON *(Informations utiles pour l'INSEE et le choix du nom de famille)*

→ nombre d'enfants nés vivants : ____ Date de la précédente naissance vivante : ____/____/____