

# CERTIFICAT MEDICAL DE GROSSESSE

Pour une demande d'intervention  
d'une Aide à Domicile ou d'une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale,  
sur prise en charge de la Caisse d'Allocations Familiales de Vaucluse,  
dans le cadre de son action sociale

Je soussigné(e) :

Docteur .....

Sage-femme.....

Certifie que Madame :.....

est actuellement enceinte de .....Semaines / D.P.A.....

Que sa grossesse fait état de difficultés temporaires,

Que sa Grossesse est pathologique,

Qu'elle bénéficie de suivis médicaux réguliers ( sage-femme à domicile,  consultation en maternité,  soins à domicile...),

Que sa grossesse est jugée à risque avec prévention de prématurité.

\* Le type d'intervenant Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale ou Aide à Domicile sera évalué par le service, qui déclenchera une intervention, si l'indisponibilité de la mère a des répercussions sur la prise en charge matérielle ou éducative des enfants présents au foyer ou, si les parents ont besoin d'un accompagnement spécifique pour préparer l'arrivée de leur premier enfant ou encore pour prévenir une prématurité.

Les prises en charge / Grossesse ont une validité de **6 mois maximum** et ne peuvent débuter qu'après déclaration faite à la CAF.

Fait à ..... Le..... Pour faire valoir ce que de droit.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN