



## Ordonnance

Je soussigné(e).....

Profession de santé : .....

Certifie avoir rencontré ce jour Mme .....

Née le.....

Atteste qu'elle est enceinte, à terme pour le ..... et qu'elle peut bénéficier du dispositif « Ordonnance verte ».

Prescription établie à la demande de l'intéressé(e) et remise en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à ..... , le .....

Cachet et signature du professionnel de santé :	Adresse postale et adresse mail du professionnel de santé :

### **Ordonnance Verte - Informations et Inscription :**

Vous pouvez maintenant contacter une AMAP selon votre zone géographique.

Longuenée, Brain sur Longuenée et St Clément  
[www.amap49-membrolle.fr/ordonnance-verte](http://www.amap49-membrolle.fr/ordonnance-verte)

06 86 85 06 96  
contact@amap49-membrolle.fr

Cantenay, Feneu et Soulaire & Bourg  
[www.amap-bassesvallees.fr/ordonnance-verte](http://www.amap-bassesvallees.fr/ordonnance-verte)

06 21 34 39 54  
amap.bv@gmail.com