



Ordonnance

Je soussigné(e).....

Profession de santé :

Certifie avoir rencontré ce jour Mme

Née le..... Résidant à

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 proximité géographique.

Longuenée en Anjou
Jeudi de 18h à 19h15
www.amap49-membrolle.fr/ordonnance-verte

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

Cantenay-Epinard
Mardi de 18h à 19h
www.amap-bassesvallees.fr/ordonnance-verte

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

Montreuil Juigné
Jeudi de 18h30 à 19h30
www.lesjardinsdelaroussiere.fr

0630342793
lesjardinsdelaroussiere@laposte.net