

Date : ..... / ..... / .....

Nom Prénom : .....

Profession : .....

### **ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné, Docteur ..... , chef de service de la maternité ..... , certifie que le Docteur ..... exerce au sein de notre établissement depuis le .../... en tant que ..... dans le service de ..... Je confirme son activité d'échographie obstétricale et gynécologique, en l'occurrence d'échographies du premier trimestre de la grossesse. Attestation établie à la demande de l'intéressé dans le cadre de l'obtention d'un numéro d'identification pour le dépistage T21, dans le réseau de santé en périnatalité du Val d'Oise, en attendant la validation de son inscription au conseil de l'ordre des médecins.

Nom Prénom : .....

Signature :