Ordonnance Verte

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.

Angers - Chalouère	amap.lpeb@free.fr	06 99 35 15 73
Briollay	amapapille.briollay@gmail.com	
Cantenay-Epinard	amap.bv@gmail.com	06 21 34 39 54
Loire-Authion	ov-gde@mailo.com	07 61 90 74 36
Longuenée en Anjou	contact@amap49-membrolle.fr	06 86 85 06 96
Montreuil Juigné	lesjardinsdelaroussiere@laposte.net	06 30 34 27 93
Rives-du-Loir-en-Anjou	rivesduloirentransition@gmail.com	06 19 21 04 51