

Clinique de suivi néonatal

# certificat de graduation



\_\_\_\_\_  
Nom de l'hôpital

\_\_\_\_\_  
Âge gestationnel / âge réel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Poids à la naissance / poids actuel

***Nous sommes  
tellement fiers  
de toi!***

