

CERTIFICAT MÉDICAL

délivré dans le cadre d'une demande d'agrément ou de renouvellement
d'agrément d'assistant(e) maternel(le), d'assistant(e) familial(e)

Conformément à l'arrêté du 28 octobre 1992

Je soussigné (e), Docteur certifie

- avoir examiné M

domicilié (e)

- n'avoir décelé aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'accueil de mineurs à son domicile

- et avoir procédé :

- à la recherche des signes évocateurs de tuberculose évolutive (RP – IDR)
- au contrôle des vaccinations selon le calendrier vaccinal et les recommandations émises par l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique

✓ B.C.G. ☐ vaccination le

✓ Diphtérie – Tétanos – Polio ☐ dernier rappel le
☐ mise à jour le

✓ Coqueluche (voir au verso) ☐ vaccination le

✓ Hépatite A ☐ vaccination le

✓ Hépatite B ☐ vaccination le

✓ Rougeole – oreillons - rubéole ☐ vaccination le

✓ Varicelle ☐ vaccination le

- Traitement en cours

Fait à, le

Signature du Médecin et tampon