

# CERTIFICAT MÉDICAL



délivré dans le cadre d'une demande ou d'un renouvellement d'agrément

## D'ASSISTANT(e) MATERNEL(le),

conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles et à l'arrêté du 28 Octobre 1992

Certificat à mettre sous enveloppe cachetée portant la mention « secret médical » et remis :

- soit à l'intéressé(e) pour être joint au formulaire de demande d'agrément,
- soit adressé au médecin de P.M.I.

Je soussigné(e) Docteur ....., certifie les informations ci-dessous :

### [1] Éléments cliniques

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

À titre indicatif, ce sont :

- les affections psychiatriques avec prises répétées de psychotropes, antidépresseurs, neuroleptiques ...
- les difficultés motrices entravant une mobilité nécessaire à la garde d'enfants,
- toutes les affections chroniques, invalidantes, contagieuses ou nécessitant des congés de maladie répétés ne garantissant pas la continuité de la garde d'un enfant dans le temps,
- les dépendances à l'alcool, au tabac, à la drogue.

**avoir recherché des signes évocateurs de la tuberculose**

DATE de l'I.D.R. datant de moins d'un an           Induration exprimée en mm .....

(Test de référence exigé dans le cadre de la surveillance des membres des professions citées aux articles R3112-1 et R3112-2 du Code de la Santé Publique)

[2] Contrôle des vaccinations recommandées aux professionnels de la petite enfance et désignées ci-dessous.

**Pour une 1<sup>ère</sup> demande d'agrément, fournir la copie intégrale du carnet de vaccination**

L'intéressé(e) a été informé(e) de l'intérêt des vaccinations recommandées en cas de non immunisation, conformément au dernier calendrier vaccinal en vigueur (<https://www.mesvaccins.net>).

- Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite\* ..... dernier rappel fait le :
- Coqueluche (associé D.T.P.)\* ..... rappel fait le :
- Hépatite A ..... rappel fait le :
- Rougeole, associée à Oreillons et Rubéole ..... dose 1  dose 2  fait le :
- Varicelle ..... fait le :
- Grippe ..... fait le :
- B.C.G. : ..... Notion de B.C.G. : OUI  NON  ..... Vaccination ou revaccination le :

\*(le délai par rapport au dernier rappel doit être d'au moins 5 ans. L'intervalle entre le dernier rappel effectué et le prochain rendez-vous à âge fixe ne doit pas excéder 25 ans)

[3] Conclusion L'état de santé de : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

lui permet d'accueillir des mineurs à son domicile : OUI  NON

Fait à ..... le .....

Observation du service de PMI (cadre réservé à la PMI)

Cachet et Signature du Médecin

Atteste avoir coché  cases

