



CERTIFICAT MEDICAL

Annexe à la demande d'agrément Assistant Familial

Le code de l'action sociale et de la famille, dans son article R421-3 prévoit un examen médical pour le candidat à la profession d'assistant familial.

Je, soussigné(e), Docteur

Demeurant à

Certifie, après avoir examiné ce jour, que M/Mmené(e)

Domicilié(e) à

Qu'elle (il)

Est indemne à ce jour, de tout signe évocateur de tuberculose évolutive, de toute maladie infectieuse évolutive transmissible.

Est apte physiquement à s'occuper d'enfants et est, à ce jour, indemne de maladie mentale, d'intoxication tabagique sévère, d'alcoolisme, d'autres toxicomanies ou addictions.

À ma connaissance, son entourage est compatible avec l'accueil d'enfants à son domicile (il ne présente pas d'affection grave ni de troubles psychologiques).

Entourage non connu.

Ses vaccinations sont conformes au calendrier vaccinal (si le calendrier n'est pas respecté, la mise à jour sera effectuée)

Vaccins recommandés pour les professionnels au contact avec la petite enfance

- | | |
|--------------------------------------------|--------|
| - DTP + Coqueluche (vaccin acellulaire) | date : |
| - Hépatite A | date : |
| - Rubéole Rougeole | date : |
| - Varicelle (si séronégative ou sans ATCD) | date : |

ALe.....

Signature et cachet du médecin,

Nombre de cases cochées :