

Certificat médical pour l'admission en établissement d'accueil des enfants de moins de six ans

Je soussigné

Docteur en médecine exerçant à
(Lieu d'exercice)

Certifie :

avoir examiné l'enfant Nom

Prénom Né(e) le

et constaté l'absence de contre-indication à la vie en collectivité.

J'ai constaté que l'état de santé de cet enfant peut nécessiter de la part de l'établissement d'accueil :

- l'administration d'un traitement
- des modalités de prises en charge particulières
- une attention particulière

.
.
.
.
.

Pour organiser les modalités de l'accueil de cet enfant, je souhaite être contacté par le médecin de l'établissement

- oui non

Fait à le

Rédigé à la demande de sa mère / son père / ses parents (rayer les mentions inutiles)
et remis, sous pli confidentiel, pour être transmis au médecin de l'établissement

Cachet du médecin

Signature

