

Certificat médical d'aptitude

Préalable à l'agrément ou au renouvellement d'agrément d'assistant(e) maternel(le) ou
d'assistant(e) familial(e)

A joindre au dossier de demande d'agrément

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur, Madame :

Nom.....

Prénom.....

Nom de jeune fille.....

Né(e) le/...../.....

Candidat(e) à l'agrément d'assistant(e) maternel(le) ou d'assistant(e) familial (le).

Conformément à l'arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions de l'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistants maternels et familiaux :

- l'examen s'est attaché au dépistage des affections physiques ou mentales incompatibles avec l'exercice de ces fonctions ;
- le contrôle et la mise à jour des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de tuberculose ont été réalisés.

De plus, une information sur les vaccinations recommandées a été donnée.

L'état de santé de l'intéressé(e) :

- Lui permet (1)
- Ne lui permet pas (1)

D'accueillir habituellement des mineurs.

Fait à

Le .../.../....

Signature et cachet du médecin

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

(1) Rayer la mention inutile