

# CERTIFICAT MEDICAL

(Exclusivement destiné au médecin de crèche et directrice soumis à la confidentialité de ces informations)

Je soussigné(e) docteur ..... Certifie que l'enfant.....  
né(e) le .....

- Est apte / inapte<sup>1</sup> à la vie en collectivité à la Souris Verte
- Ne présente aucun signe clinique ou radiologique de maladie contagieuse aiguë ou chronique cliniquement décelable.
- Est à jour de ses vaccinations oui  non <sup>2</sup> (DTPolio obligatoire)  
*Si non, certificat de contre indication temporaire (valable 6 mois)*

## Faits marquants depuis sa naissance :

✓ hospitalisation oui  non <sup>2</sup>  
Si oui, laquelle .....

✓ Intervention chirurgicale oui  non <sup>2</sup>  
Si oui, laquelle .....  
Autre .....

### 1) Allergie : oui non <sup>2</sup>

Si oui, lesquelles .....

Nécessitant un régime ..... oui  non <sup>2</sup>

Si oui, lequel .....

Nécessitant un traitement oui  non <sup>2</sup>

Si oui, lequel .....

Mise en place d'un PAI oui  non <sup>2</sup>

### 2) Problèmes de santé connus à l'inscription :

✓ Maladies chroniques oui  non <sup>2</sup>

Si oui, lesquelles .....

Nécessitant une prise en charge oui  non <sup>2</sup>

Si oui, laquelle .....

Mise en place d'un PAI oui  non <sup>2</sup>

✓ Handicap oui  non <sup>2</sup>

Si oui, lequel .....

Nécessitant une prise en charge oui  non <sup>2</sup>

Si oui, lequel .....

✓ Souhaitez-vous une surveillance sur un point particulier ? oui  non <sup>2</sup>

Si oui, lesquelles ?.....

Dans ce cas là, merci de contacter le médecin de crèche. Il sera joignable au 03.88.89.45.58

Date :

Signature et Cachet Médecin Traitant

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile

<sup>2</sup> Cocher la case correspondante