



**CERTIFICAT MEDICAL  
établi par le médecin traitant**

**A REMETTRE DIRECTEMENT AU PATIENT**

- Accueil familial de jour**  
 **Accueil collectif en institution petite enfance – Nom de l'institution : .....**

Le présent certificat médical est destiné au requérant à l'autorisation d'accueil d'enfants, en application de l'Ordonnance fédérale réglant le placement d'enfants à des fins d'entretien (OPE).

Le médecin traitant :

(Timbre)

Nom.....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

a examiné Monsieur/Madame (soulignez ce qui convient) :

Nom et prénom : .....

et a recueilli les renseignements concernant son état de santé conformément au document intitulé « Visite médicale d'emploi pour le travail en institution de la petite enfance (IPE) ou l'accueil familial de jour (AFJ) » qui lui a été remis.

Il atteste que son état de santé global est bon et qu'il/elle ne présente aucune pathologie physique ou psychique incompatible avec l'accueil d'enfants et que le risque de tuberculose a été clairement évalué et les examens complémentaires effectués si indiqués.

Il atteste que son état de santé global est bon mais émet certaines réserves dans le cadre d'un projet d'accueil d'un enfant.

Il atteste que son état de santé global n'est pas bon et qu'il/elle présente une pathologie physique ou psychique incompatible avec l'accueil d'un enfant.

Réserves du médecin traitant :

.....  
.....  
.....

Lieu et date :

Signature du médecin traitant :