ALLIER BOURBONNAIS
Le Département

SECRET MÉDICAL
À l'attention du médecin traitant

Chère consoeur, Cher confrère,

Votre patient(e) est candidat(e) à un agrément d'assistant(e) maternel(le) ou d'assistant(e) familial(e) ou à son renouvellement.

Conformément à l'article R. 421-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, elle ou il doit passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs (nourrissons, jeunes enfants, adolescents) et doit joindre obligatoirement à son dossier de demande d'agrément,
un certificat médical pour le justifier.

Bien que seul le DTPolio soit actuellement légalement obligatoire, il est important qu'une information sur les vaccinations recommandées pour les professionnel(le)s de la petite enfance (coqueluche, ROR, hépatite B) puisse lui être donnée lors de cet examen.

Il est important d'aborder également avec votre patient(e), les éventuels problèmes de santé (par exemple des fonctions locomotrices, etc.), y compris des pratiques addictives (tabagisme, alcool ou autres dépendances) risquant de constituer des contre-indications à l'accueil d'enfants en raison des risques pour ces derniers.

À l'issue de cet échange, le certificat médical joint sera à renseigner. Ce document sera intégré au dossier administratif de demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément, sous pli confidentiel.

Si vous le souhaitez, pour toutes questions concernant ce certificat ou votre patient(e), vous pouvez joindre le Médecin du Service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) au **04 70 34 15 63** ou en écrivant à **pmi-petite-enfance@allier.fr**.

En vous remerciant de l'attention que vous portez à ce courrier, recevez nos salutations distinguées.

Le service Protection Maternelle et Infantile

ALLIER BOURBONNAIS
Le Département

CERTIFICAT MÉDICAL
Annexé à la demande d'agrément

☐ **assistant(e) maternel(le)** ☐ **assistant(e) familial(le)**

Le Code de l'Action Sociale et des Familles, dans son article R.421-3, prévoit un examen médical pour le candidat à la profession d'assistant(e) maternel(le) ou d'assistant(e) familial(e), ainsi que pour le renouvellement de son agrément.

Je soussigné(e) Docteur(e) : .....

Certifie avoir examiné ce jour Madame ou Monsieur : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Demeurant à : .....

.....

Candidat(e) à la profession : ☐ assistant(e) maternel(le) ☐ assistant(e) familial(le)

Elle ou il ne présente aucun signe de maladies contagieuses, ni signes évocateurs de maladie tuberculeuse.

Ses vaccinations sont conformes au calendrier vaccinal (les vaccinations contre la coqueluche, ROR et hépatite B sont recommandées).

Sa santé mentale et physique la ou le rend apte à l'accueil d'un ou plusieurs enfant(s) et à l'exercice de cette profession.

Autres observations : .....

.....

.....

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature et cachet