



Pôle solidarité enfance
Direction santé parentalité petite enfance

AGREMENT
ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur

certifie, après examen, que :

M.....

domicilié(e) à.....

☞ **n'est atteint(e) d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'accueil de mineurs à son domicile,**

☞ **ne présente pas de signes évocateurs de tuberculose,**

☞ **est à jour de ses vaccinations (si le calendrier n'est pas respecté, la mise à jour sera effectuée).**

A le

Signature et cachet du médecin,

Rappel relatif aux obligations vaccinales

- Vaccinations obligatoires :
BCG (preuve écrite ou cicatrice vaccinale, *articles R.3112-2 à R.3112-5 du code de la santé publique, arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique du BCG*).
Diphtérie-Tétanos-Polio (rappel tous les 10 ans).
- Vaccinations recommandées : Varicelle (sans antécédents et sérologie négative),
Hépatite B – Coqueluche – Rougeole Oreillons Rubéole