

CERTIFICAT MEDICAL

POLE AIDE A LA PERSONNE
DIRECTION DE L'ENFANCE
ET DE LA FAMILLE

**En vue de l'agrément des assistant(e)s maternel(le)s
(conformément à l'arrêté du 28 octobre 1992 fixant
les conditions de l'examen médical obligatoire)**

Je soussigné, Docteur en Médecine

Certifie que Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Domicilié(e) à :

.....

- 1) ne présente aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice des fonctions d'assistant(e) maternel(e) voir ci-dessous*
- 2) ne présente ainsi que son entourage aucun signe évocateur de tuberculose
- 3) a répondu aux obligations concernant la vaccination par le BCG obligatoire pour certaines professions dont celle d'assistant(e) maternel(le)

☛ date de vaccination ou certificat médical attestant la primovaccination :

☛ date de l'IDR 5U (tubertest) de moins de 5 ans :

☛ taille de l'induration en mm :

En cas d'IDR négative si la preuve de la primovaccination n'est pas apportée, le candidat devra être vacciné.

En cas d'IDR positive sans preuve de vaccination ou en cas d'IDR positive à plus de 10 mm, une radio du thorax devra être pratiquée et l'interprétation nous être fournie.

- 4) est à jour de sa vaccination DTP oui non

Les vaccinations contre l'hépatite B, coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole et la grippe sont conseillées.

....., le

(signature et cachet du praticien)

*A titre indicatif, veuillez trouver ci-dessous les principales contre-indications qui nous semblent incompatibles avec la fonction d'assistant(e) maternel(e) :

les affections psychiatriques avec prises répétées de psychotropes, antidépresseurs, neuroleptiques...
les difficultés motrices entravant une mobilité nécessaire à la garde d'enfants
toutes les affections chroniques, invalidantes, contagieuses ou nécessitant des congés de maladie répétés ne garantissant pas la continuité de la garde d'un enfant dans le temps
les dépendances à l'alcool, au tabac, à la drogue.