

CERTIFICAT MÉDICAL

*En vue de l'agrément des assistants maternels
(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 maternel voir ci-dessous*
- 2)** ne présente aucun signe évocateur de tuberculose.
- 3)** a répondu aux obligations de surveillance professionnelle concernant la lutte contre la tuberculose :
si vaccination antérieure
☞ date de vaccination

ou certificat médical attestant la primovaccination ou la présence d'une cicatrice évocatrice

La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire mais la surveillance professionnelle par intradermoréaction à la tuberculine est toujours exigée :

- ☞ date de l'IDR 5U (tuber test) de moins de 5 ans :
- ☞ taille de l'induration en mm :

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)

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

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