

CERTIFICAT MEDICAL

POUR LES PARENTS QUI ASSURENT LES PERMANENCES

(à joindre au dossier de l'enfant)

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Mlle.....

Né(e) le, et avoir vérifié que l'intéressé(e) :

N'est atteint(e) d'aucune **affection physique ou mentale incompatible** avec l'accueil de jeunes enfants (12 mois/3 ans)

A satisfait à l'**obligation vaccinale** :

	DETAIL	DATE	DATE RAPPELS
VACCINS	Anti diphtérie – Tétanos – Poliomyélite		
	Autres vaccins		

Date :

Tampon et signature du médecin