

JE SOUSSIGNÉ(E) ..... (Docteur en médecine)

CERTIFIE QUE MME/MELLE/M. ....

*Merci de bien vouloir cocher la case correspondante à la situation de votre patiente :*

**Ou**

✓ N'est atteinte d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec la vie en collectivité en présence de jeunes enfants

✓ A effectué le contrôle des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de tuberculose

N'est pas apte actuellement à vivre en collectivité en présence de jeunes enfants

La vaccination de l'hépatite B est fortement recommandée par le service de PMI, en raison des conditions d'exercice de la profession d'assistante maternelle

À..... LE .....

SIGNATURE (CACHET)