

Service de Protection Maternelle et Infantile
Santé Publique
Modes d'Accueil Enfance
05.65.73.68.19.

Cher Confrère,

Votre patient(e), a sollicité un agrément pour accueillir des enfants à son domicile.

Conformément à l'article R 421-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le candidat doit passer un examen médical.

Cet examen obligatoire vise à :

- s'assurer que sa santé mentale et physique la – ou le – rend apte à l'accueil d'un ou de plusieurs enfants et à l'exercice de sa profession,
- contrôler les vaccinations obligatoires et effectuer leur mise à jour si nécessaire,
- rechercher les signes de maladies contagieuses, notamment ceux évocateurs de maladie tuberculeuse.

Je vous remercie de bien vouloir pratiquer cette évaluation médicale et compléter le certificat joint.

Il est important qu'une information sur les vaccinations recommandées pour les professionnel(le)s de la petite enfance (coqueluche, rougeole, hépatite B, BCG) puisse lui être donnée lors de cet examen. Depuis le 1^{er} avril 2019, l'obligation pour les assistant(e)s maternel(le)s de se soumettre au vaccin anti tuberculeux BCG est supprimée.

J'attire votre attention sur l'importance que nous devons attacher à tout engagement pris dans le cadre de cet agrément compte tenu des responsabilités assumées par l'assistant(e) maternel(le) ou familial(e) auprès de jeunes enfants.

Je reste à votre disposition pour évoquer toute situation médicale susceptible de contre-indiquer l'accueil d'enfants dans le cadre professionnel de l'agrément.

En vous remerciant de votre collaboration, je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'expression de mes salutations les meilleures.

Le Président,
Pour le Président du Département,
et par délégation,
La Directrice de la Prévention
et de la Protection de l'Enfance et de la Famille
et par empêchement,
Le Médecin Coordonnateur
de P.M.I. - Santé Publique



Docteur Elodie FOULQUIER

Certificat médical

délivré dans le cadre

d'une demande d'agrément

d'un renouvellement d'agrément

Assistant(e) maternel(le)

Assistant(e) familial(e)

Je soussigné(e), Docteur, certifie avoir examiné ce jour,

M..... né(e) le ___ / ___ / ___

Domicilié(e).....

J'atteste avoir procédé :

1- au contrôle des vaccinations obligatoires

2- à l'information sur les vaccinations recommandées

3- à la recherche de signes évocateurs de :

- **tuberculose : pour une première demande, nous vous recommandons de pratiquer un test immunologique de référence**
- déficits sensoriels importants
- maladie infectieuse présentant des risques de contagion
- insuffisance cardiaque ou respiratoire
- troubles psychiatriques ou neuropsychiatriques
- conduites addictives (alcool, tabac, toxiques)
- pathologie rhumatologique ou neuromusculaire invalidante

Au vu du bilan réalisé, je déclare que M.....

- ne présente *aucune contre-indication physique ou mentale* à l'exercice de cette fonction
- présente *une contre-indication médicale* à l'exercice de cette fonction
- je *réserve ma décision* et souhaite être contacté(e) par le médecin de PMI

Date : ___ / ___ / ___

Cachet et Signature

*Ce certificat est à remettre à l'intéressé(e) sous pli confidentiel cacheté
à l'attention du Médecin Coordonnateur de Protection Maternelle et Infantile*