

Direction Générale Adjointe Solidarités

Direction Santé Prévention et PMI Service Modes d'accueil Unité accueil individuel et familial Nord

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 sous	signé, Docteur en Médecine
Certifie	que Madame, Mademoiselle, Monsieur,
Nom:.	Prénom :
Nom de	e jeune fille :
	ié(e) à :
1) r	ne présente aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice des fonctions d'assistant maternel voir ci-dessous*
2) r	ne présente aucun signe évocateur de tuberculose.
_ t	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 :
¢	* 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)

- 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

* À titre indicatif, veuillez trouver ci-dessous les principales contre-indications qui nous semblent

▪ les dépendances à l'alcool, au tabac, à la drogue.

incompatibles avec la fonction d'assistant maternel :