RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Liberté - Égalité - Fraternité



## **A remettre au médecin pour renseignement du certificat médical au verso**

**Chère consœur, cher confrère,**

**Mr/Mme** sollicite **un agrément d’assistant familial**. Cette demande fait l’objet d’une évaluation pluridisciplinaire menée par les Services de la Solidarité du Conseil Départemental.

La procédure d’instruction de la demande d'agrément prévoit **un examen médical obligatoire** permettant de vérifier que l'état de santé de la/du candidat (e) lui permet d'accueillir habituellement des mineurs (\*)

L’examen médical est donc particulièrement important, vu les responsabilités assumées par l'assistant(e) familial(le) dont l’agrément est délivré pour une durée minimale de 5 ans et qui lui permet d’accueillir à son domicile, de manière permanente, d’1 à 3 mineurs ou majeurs de moins de 21 ans pris en charge par les Services de l’Aide Sociale à l’Enfance. **En effet, l'assistant(e) familial(le) agréé doit garantir la santé, la sécurité et l’épanouissement de enfants ou jeunes majeurs au sein de son foyer.** En conséquence, il convient d’être particulièrement attentif, notamment, aux troubles moteurs et /ou sensoriels, troubles invalidants de la statique, aux conduites addictives, aux affections psychiques et/ou syndrome dépressif ou toute affection évolutive grave qui pourraient altérer la capacité à garantir de manière pérenne la sécurité (physique, psychique et affective) du ou des enfants accueillis au titre d’un agrément.

**Le certificat médical est à compléter par vos soins (verso) au terme duquel il convient que vous vous prononciez sur l’absence de contre-indication de l’état de santé de la/du patient (e) avec l’exercice du métier d’assistant familial.**

Je vous prie de croire, chère consœur, cher confrère, à l'expression de mes salutations les meilleures.

Claire BOUILHAC, Médecin départemental-Directrice adjointe de la Protection Maternelle et Infantile

*Textes de référence*

*Code de l’action sociale et des familles – articles L421-3 et R421-3.*

*(\*) Arrêté du 28/10/1992 fixant les conditions de l'examen médical :* ***l'examen médical préalable à l'agrément d'assistante ou assistant maternel vise à s'assurer que l'intéressé n'est atteint d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice de ses fonctions*. *Il* *comprendra nécessairement le contrôle des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose*. *Au cas où le calendrier vaccinal n'a pas été respecté, la mise à jour sera effectuée.***

**CERTIFICAT MEDICAL**

délivré dans le cadre d'une demande ou d'un renouvellement d'agrément d'assistant(e) familial(le)

**remis en main propre, à l'intéressé (e)**

pour transmission au Service Prévention et Accueil Petite Enfance

en Direction Territoriale des Solidarités

****Je soussigné, Docteur

**certifie avoir examiné ce jour** Mr/ Mme

né(e) le

Demeurant



selon les termes de l’arrêté du 28/10/1992.

**Et atteste (\*\*) :**

* Que le/la patient (e) est à jour des obligations vaccinales obligatoires 🞏
* Que le/la patient(e) ne présente pas de signe évocateur de la tuberculose 🞏
* Que le/la patient n’est atteint d’aucune affection physique ou mentale incompatible avec l’exercice d’assistant maternel 🞏

**(\*\*) *Une réponse non cochée ne permet pas de délivrer ou de renouveler un agrément d’assistant familial.***



Tampon et signature

Mise à jour : mars 2021