



DIRECTION
ENFANCE
ET FAMILLE

Dossier suivi par :
Mme le Dr BOUILHAC
Tél : 05.34.33.42.25
Fax : 05.34.33.42.62
Réf. à rappeler :
DEF

Toulouse le

A remettre au médecin qui effectuera les examens médicaux (cf page verso)

Mon Cher Confrère,

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

La procédure d'agrément prévoit un examen médical obligatoire permettant de vérifier que l'état de santé du candidat lui permet d'accueillir habituellement des mineurs.

Je me permets d'insister sur **l'importance de votre examen**, vu les responsabilités assumées par l'assistant(e) maternel(le) ou familial(e) auprès de jeunes enfants. J'attire plus particulièrement votre attention sur **l'importance du dépistage de la tuberculose, en raison notamment de la suppression de l'obligation vaccinale chez les enfants.**

Le certificat médical est à compléter par vos soins (verso).

Si besoin, vous pouvez contacter le médecin de P.M.I. de la Maison des Solidarités du Conseil départemental 31 dont dépend votre patient(e) :

Docteur :

Maison des Solidarités C.D. 31 : Téléphone :

En vous remerciant, je vous prie de croire, Mon Cher Confrère, à l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur Claire BOUILHAC
Médecin Départemental
Directrice Adjointe de la
Protection Maternelle et Infantile

Textes de référence :

- * Loi n° 92-642 du 12/07/1992 et Loi n° 2005-706 du 27/06/2005 relatives aux assistants maternels et aux assistants familiaux.
- * Décret n° 92-1061 du 29/09/1992 et Arrêté du 28/10/1992 fixant les conditions de l'examen médical.
- * Décret n° 2004 - 635 du 30/06/2004 modifiant les articles R. 3112-2 et R. 3112-4 du code de la santé publique, relatif à la vaccination par le B.C.G. et aux tests tuberculiques.
- * Arrêté du 13/07/2004 et circulaire N°DGS/SD5C/2004/373 du 11/10/2004 relatifs à la pratique de ces actes.

CERTIFICAT MEDICAL

délivré dans le cadre d'une demande ou d'un renouvellement d'agrément d'assistant(e)
maternel(le) ou familial(e), remis en main propre, à l'intéressé(e)
et mis sous enveloppe cachetée portant la mention
« **Confidentiel – Examens médicaux** »

Je soussigné, Docteur.....

certifie avoir examiné ce jour M

né(e) le : / /

demeurant

..... tél. :

et avoir vérifié qu'il (elle)

↪ n'est pas atteint(e) :

- d'affection physique : troubles moteurs et /ou sensoriels graves
- de troubles invalidants de la statique
- d'affection psychique et/ou syndrome dépressif
- de maladie pouvant entraîner une perte de connaissance
- d'affection évolutive grave

↪ a été informé(e) des risques liés au tabac, à l'alcool, aux toxiques dans l'exercice de cette profession

↪ ne présente pas de signes évocateurs de tuberculose :

- est indemne de toute lésion contagieuse **radiologiquement** identifiable.
- a eu un **Tubertest** : fait le : / / et **résultat (en mm) =**
(lors de la 1^{ère} demande, un tubertest de moins d'un mois est obligatoire).
- BCG (obligatoire)** fait le : / /
(ou cicatrice vaccinale répondant aux critères de l'arrêté du 13.07.2004).

Pour les adultes vivant au domicile, la recherche de signes évocateurs de tuberculose est également recommandée : tubertest et radio de thorax.

↪ a été informé(e) des vaccins obligatoires (*), et de l'intérêt de ceux recommandés en cas de non immunisation, conformément au dernier calendrier vaccinal en vigueur.
(<http://www.invs.sante.fr/BEH>) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (*) | Dernier rappel fait le / / |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche (associée au DTP) | fait le / / |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A | fait le / / |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B (*) | fait le / / |
| <input type="checkbox"/> Méningite à méningocoque C (si candidat(e) < 24 ans) | fait le / / |
| <input type="checkbox"/> Rougeole, associée à oreillons et rubéole | fait le / / |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | fait le / / |

(*) : si le (la) candidat(e) souhaite travailler dans un établissement de garde d'enfants d'âge préscolaire ou dans un service concourant à la protection de l'enfance.

CONCLUSION

L'état de santé de M

Lui permet d'accueillir des mineurs à son domicile OUI NON
Nécessite l'avis du médecin responsable de PMI OUI NON

À Le / /

Tampon et signature