



**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
 OUI NON
- Que le/la patient(e) ne présente pas de signe évocateur de la tuberculose
 OUI NON
- *Que le/la patient n'est atteint d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice d'assistant familial*
 OUI NON

(**) *Cocher une réponse pour chacun des items. Une réponse négative à une de ces mentions ne permet pas de délivrer ou de renouveler un agrément d'assistant familial.*

À Le / /

Tampon et signature

Mise à jour : novembre 2020