



Direction des solidarités et de
l'autonomie des personnes

Service maintien à domicile

affaire suivie par le Dr ARNAULT

Tél : 05 17 18 81 59

ou

Tél : 05 49 06 79 79 / poste 6317

Mon Cher Confrère,

Suite à la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément de votre patient(e) pour devenir accueillant familial de personnes âgées ou en situation de handicap, je vous saurais gré de bien vouloir lui remettre, sous pli confidentiel, le certificat médical imprimé au verso ainsi que celui des membres de la famille ou non vivant au foyer pour compléter son dossier.

L'accueil familial est une activité rémunérée qui constitue une alternative offerte aux personnes âgées ou en situation de handicap qui ne désirent plus ou ne peuvent plus en raison de leur perte d'autonomie ou de leur handicap, demeurer à leur domicile.

L'agrément ne peut-être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies (Code de l'action sociale et des familles – article L.441).

Le Président du Département est garant de ce dispositif législatif et organise le contrôle des accueillants familiaux, de leurs remplaçants ainsi que le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à l'élaboration de ce certificat et reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie de croire, mon Cher Confrère, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Médecin territorial

Docteur ARNAULT

CERTIFICAT MÉDICAL

(Faire établir un certificat médical pour chaque membre de la famille ou non vivant au foyer)

Il est délivré dans le cadre d'une demande ou d'un renouvellement d'agrément pour l'accueil à domicile de personnes âgées ou en situation de handicap

*À joindre au dossier sous pli confidentiel dans l'enveloppe jointe
Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres*

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___/___/_____/

Adresse

.....

Antécédents :

✓ médicaux

.....

✓ chirurgicaux

.....

✓ psychiatriques.....

.....

Affections en cours : diagnostic(s), soins médicaux apportés et évolution

.....

.....

Vaccinations

✓ BCG

✓ DTCP

✓ Autres vaccinations

Je soussigné(e), Dr.....,

certifie avoir examiné ce jour, M, Mme , Melle.....

Cette personne ne présente actuellement aucune affection médicale infectieuse, chirurgicale, psychiatrique et/ou psychologique, ni conduite addictive de nature à compromettre le bien-être physique et moral de personnes âgées ou en situation de handicap.

L'état de santé du candidat à l'agrément M, Mme, Melle¹.....

- lui permet ²

- ne lui permet pas ²

d'accueillir des personnes âgées ou en situation de handicap

Si vous souhaitez être contacté(e) par le médecin territorial, cocher la case oui

Cachet du Médecin traitant Fait à le

Signature du Médecin traitant

1 À compléter uniquement pour le candidat
2 Rayer la mention inutile