



SECRET MÉDICAL

À l'attention du médecin généraliste

Cher confrère, Chère consœur,

Votre patient(e) est candidat(e) à un agrément d'assistant(e) familial(le) ou au renouvellement de celui-ci.

Conformément à l'article R. 421-3 du code de l'action sociale et des familles, elle ou il doit passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs et doit joindre obligatoirement à son dossier de demande d'agrément un certificat médical pour le justifier.

Il est important qu'une information sur les vaccinations recommandées pour les professionnel(le)s de la petite enfance (coqueluche, rougeole, hépatite B, BCG) puisse lui être donnée lors de cet examen. Depuis le 1^{er} avril 2019, l'obligation pour les assistants familiaux de se soumettre au vaccin anti tuberculeux BCG est supprimée.

Il est important d'aborder également avec elles ou eux les éventuels problèmes de santé (par exemple des fonctions locomotrices, etc.), y compris des pratiques addictives (tabagisme, alcool ou autres dépendances) risquant de constituer des contre-indications à l'accueil d'enfants en raison des risques pour ces derniers.

À l'issue de cet échange, le certificat médical joint sera à renseigner. Ce document sera intégré au dossier administratif de demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément, sous pli confidentiel. Si vous le souhaitez, pour toutes questions concernant ce certificat ou votre patient(e), vous pouvez me joindre au secrétariat du bureau Accueil du jeune enfant par téléphone au 05 49 06 79 63 ou par mail à accueil-petite-enfance@deux-sevres.fr.

En vous remerciant de l'attention que vous portez à ce courrier, je vous adresse mes salutations distinguées.

Le Médecin départemental,

Cheffe du service Protection maternelle et infantile,

Docteur Clotilde CARLIER



CERTIFICAT MÉDICAL

Annexe à la demande d'agrément d'assistant(e) familial(le)

Le code de l'action sociale et des familles, dans son article R.421-3, prévoit un examen médical pour le candidat à la profession d'assistant(e) familial(le), ainsi que pour le renouvellement de son agrément.

Je soussigné(e) Docteur(e) :

Certifie avoir examiné ce jour Madame ou Monsieur :

Né(e) le :

 / /

Demeurant à :

Candidat(e) à la profession d'assistant(e) familial(le).

Elle ou il ne présente aucun signe de maladies contagieuses, ni signes évocateurs de maladie tuberculeuse ;

Ses vaccinations sont conformes au calendrier vaccinal¹ ;

Sa santé mentale et physique la ou le rend apte à l'accueil d'un ou plusieurs enfant(s) et à l'exercice de sa profession.

Autres observations :

Fait à :

Le :

 / /

Signature et cachet :

¹ La vaccination contre la coqueluche est recommandée.