

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie avoir examiné le,

Madame/Monsieur

Et déclare que :

- son état de santé n'est pas incompatible avec l'accueil de personnes (aucune affection physique ou mentale incompatible) en tant que (*cocher la bonne réponse*) :

- Accueillant familial
- Résidant du foyer de l'accueillant familial
- Remplaçant

- Madame / Monsieur est également à jour de ses vaccinations (DT Polio et Hépatite B) et ne présente aucune maladie contagieuse.

Cachet du Médecin	Date et signature
-------------------	-------------------