

Service  
Départemental de la  
Protection Maternelle  
et Infantile

Affaire suivie par : Mission  
Modes d'Accueil du Jeune  
Enfant

tél. 03 21 21 65 73  
65 74  
65 75  
65 76  
65 77  
fax. 03 21 21 62 92  
JFK/LP/92.243

www.pasdecalsais.fr

Mon cher confrère,

Votre patient(e) est candidat(e) à un agrément d'assistant(e) maternel(le). Conformément à la réglementation en vigueur, il (elle) doit «passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs» [décret n° 92-1051 du 29 septembre 1992].

L'examen médical «vise à s'assurer que l'intéressé(e) n'est atteint(e) 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» (Arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions de l'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistants maternels et assistantes maternelles).

J'insiste sur l'importance de cet examen médical, la qualité et la continuité de l'accueil de l'enfant représentant, vous le savez, des conditions essentielles à son bon développement.

Bien entendu, tout cas particulier peut être traité directement avec le médecin responsable de la Protection Maternelle et Infantile (tél. 03 21 21 65 73 ou 03 21 21 65 74 ou 03 21 21 65 75 ou 03 21 21 65 76 ou 03 21 21 65 77) ou le médecin de Protection Maternelle et Infantile de votre secteur.

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à cet aspect de la protection de l'enfant, et reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

M. le Chef du Service Départemental  
de la Protection Maternelle et Infantile



Docteur Jean-François KLEIN

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

M., Mme, M<sup>elle</sup> (1); Nom : , \_\_\_\_\_

Prénom, \_\_\_\_\_

Nom de Jeune Fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

candidat(e) à l'agrément d'assistant(e) maternel(le) ou d'assistant(e) familial(e)

L'examen s'est attaché au dépistage des affections physiques ou mentales incompatibles avec l'exercice de ses fonctions.

Le contrôle et la mise à jour des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose ont été réalisés.

L'état de santé de l'intéressé(e)

↳ lui permet (1)

↳ ne lui permet pas (1)

d'accueillir habituellement des mineurs.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin