

**PÔLE SOLIDARITÉS**

Direction de l'Enfance et de la Famille  
Service départemental de la Protection Maternelle et  
Infantile

Courrier à remettre au médecin traitant

---

Hôtel du Département – Rue Ferdinand Buisson  
62018 ARRAS Cedex 9

---

03 21 21 65 73 / 03 21 21 65 74

03 21 21 65 75 / 03 21 21 65 76 / 03 21 21 65 77

Chère consœur, cher confrère,

Votre patient(e) sollicite un agrément **d'assistant(e) familial(e)**.

Cette demande fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire menée par le Service départemental de PMI.

La procédure d'instruction de la demande d'agrément prévoit un examen médical obligatoire.

La profession d'assistant(e) familial(e) implique la capacité, physique mais aussi psychologique, à prendre soin et assurer la santé, la sécurité et l'épanouissement des enfants accueillis à son domicile de manière permanente.

L'âge des enfants confiés par l'Aide sociale à l'enfance peut aller de la naissance à 21 ans. L'agrément est à renouveler tous les 5 ans, sauf obtention du diplôme national.

Comme exigé par les textes de référence <sup>(1)</sup>, l'évaluation de la santé du (de la) candidat(e) prendra en compte les habitudes de vie (tabac, alcool, médicaments psychotropes...) et les antécédents ou affections qui pourraient retentir sur la qualité de l'accueil des enfants confiés (troubles moteurs ou sensoriels, troubles invalidants de la statique, affections psychiatriques ...) ainsi que le contrôle des vaccinations obligatoires et la recherche des signes évocateurs de tuberculose.

Au cas où le calendrier vaccinal n'aurait pas été respecté, sa mise à jour sera effectuée par vos soins.

Il est important qu'une information sur les vaccinations recommandées pour les professionnel(le)s de la petite enfance (coqueluche, rougeole, hépatite B) puisse lui être donnée lors de cet examen.

Le certificat médical ci-joint est à compléter par vous-même, au terme duquel il convient que vous vous prononciez sur l'absence de contre-indication de l'état de santé de votre patient(e) avec l'exercice du métier d'assistant(e) familial(e)

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à ce volet important de la protection de l'enfance et reste à votre écoute pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie de croire, en l'assurance de ma considération distinguée.

P.J. : certificat médical à compléter

(1) Textes de référence : Code de l'action sociale et des familles – articles L421-3 et R421-3  
Arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions de l'examen médical

Pour le Président du Conseil départemental,  
Service départemental de la Protection  
Maternelle et Infantile  
Le médecin Référent Protection de l'Enfance

  
Agathe LIPARI

