

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) maternel(le)**.

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

Conformément à l'article R. 421-3 du Code de l'action social et des familles, elle ou il doit bénéficier d'un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs (essentiellement des nourrissons et enfants jusqu'à trois ans) et doit joindre obligatoirement à son dossier de demande d'agrément un certificat médical pour le justifier.

L'évaluation de la santé du (de la) candidat(e) prendra en compte ses habitudes de vie (tabac, alcool, médicaments psychotropes...) et les antécédents ou affections qui pourraient retentir sur la qualité de l'accueil des enfants accueillis (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) maternel(le).

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à ce courrier 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

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


Agathe LIPARI

CERTIFICAT MEDICAL

Délivré dans le cadre d'une 1^{ère} demande ou d'un renouvellement d'agrément d'assistant(e) maternel(le)

Remis en main propre à l'intéressé(e)

Pour transmission au Service départemental de PMI

Je soussigné Docteur, _____

Certifie avoir examiné ce jour, Madame, Monsieur, ⁽¹⁾ _____

Né(e) le ____ / ____ / ____

Demeurant, _____

Selon les termes de l'arrêté du 28/10/1992,

Atteste qu'il / elle ⁽¹⁾ est ce jour :

- ☐ Apte physiquement à s'occuper d'enfants
- ☐ Indemne de tout signe évocateur de tuberculose évolutive
- ☐ Indemne de toute maladie mentale, d'intoxication tabagique sévère, d'alcoolisme, ou d'autre addiction
- ☐ En règle avec les obligations vaccinales en cours

• **DTP**

dernier rappel le ____ / ____ / ____

Les vaccinations suivantes sont recommandées :

• **DTP + coqueluche acellulaire**

dernier rappel le ____ / ____ / ____

• **ROR**

dernier rappel le ____ / ____ / ____

• **Hépatite B**

dernier rappel le ____ / ____ / ____

- ☐ **à ma connaissance**, son entourage familial est compatible avec l'accueil d'enfants à son domicile (pas d'affection grave ni de troubles psychologiques majeurs)

Nombre de cases cochées : _____

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin,

(1) RAYER LES MENTIONS INUTILES