



VENDÉE
LE DÉPARTEMENT

CERTIFICAT MÉDICAL

délivré dans le cadre d'une demande d'agrément
ou de renouvellement d'agrément
d'assistant maternel ou familial

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 (endocriniennes, ostéo-articulaires, neurologiques, psychiatriques...) qui pourraient retentir sur la qualité et la sécurité de l'accueil des enfants confiés. À ce titre, le médecin de PMI peut être amené à joindre le médecin traitant, avec l'accord du (de la) candidat(e) et à demander des examens complémentaires.

Je soussigné(e), Docteur :

certifie avoir examiné M

domicilié(e)

- n'avoir décelé aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'accueil de mineurs à son domicile.

- et avoir procédé :

- à la recherche des signes évocateurs de la tuberculose,

- au contrôle des vaccinations prévues au calendrier vaccinal arrêté par la Direction Générale de la Santé :

• Diphtérie Tétanos Polio

dernier rappel le

mise à jour le

• Diphtérie Tétanos Polio
+ coqueluche à dose réduite
(recommandé)

dernier rappel le

mise à jour le

• Rougeole - Oreillons - Rubéole
pour les candidats nés après 1980
(recommandé)

vaccination le :

-

-

• Hépatite B
(recommandé)

vaccination le :

-

-

-

dernier rappel le

Fait à,

le

Cachet et signature du médecin

IMPORTANT

Merci de compléter le tableau ci-dessous (tous les items doivent être renseignés).

Ce document est nécessaire pour les vérifications du casier judiciaire (bulletin n° 2) pour tous les majeurs vivant au domicile et pour les vérifications d'une inscription au fichier national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIAVIS) pour les majeurs et les personnes de 13 ans et plus vivant à votre domicile (sauf celles accueillies dans le cadre d'une mesure d'aide sociale à l'enfance).

	Assistant Maternel/ Assistant Familial	Conjoint(e)	Enfant Majeur	Enfant Majeur	Enfant mineur de 13 ans et +	Enfant mineur de 13 ans et +	Enfant mineur de 13 ans et +
Nom de naissance							
Prénom							
Nom d'épouse							
Sexe							
Date de naissance							
Lieu de naissance							
Département							
Arrondissement							
Pays							

A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE D'AGREMENT

DANS LE CADRE DE LA PREVENTION DES INTOXICATIONS PAR LE MONOXYDE DE CARBONE, SI VOUS UTILISEZ DES APPAREILS DE CHAUFFAGE OU DE PRODUCTION D'EAU CHAUDE SANITAIRE ACCESSIBLES AUX ENFANTS, UNE CHEMINEE, UN INSERT...,

MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR LES INFORMATIONS CI-DESSOUS :

Dossier n°

Je, soussigné(e) :

assistant(e) maternel(le) et/ou assistant(e) familial(e) agréé(e)

adresse :

code postal et commune :

certifie que :

- les appareils de chauffage et/ou de production d'eau chaude sanitaire (cheminée, insert, chaudière, poêle,...)
- et les conduits de raccordement de ces appareils

a/ont fait l'objet d'une vérification et/ou d'un entretien depuis moins d'un an

Fait le à

Signature obligatoire :