

# CERTIFICAT MEDICAL (416.19)

Je soussigné, .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour  
l'enfant (Nom / Prénom) .....

Date de naissance ..... et âgé de .....

Je certifie que cet enfant ne présente aucun signe clinique de contagion et qu'il est apte à entrer en structure  
d'accueil petite enfance.

Je certifie que les vaccinations suivantes sont à jour :

## Pour le DTP, Coqueluche, Haemophilus Influenzae, Hépatite B, Pneumocoque

Injection 1	Fait le .....	A faire le .....
Injection 2	Fait le .....	A faire le .....
Rappel	Fait le .....	A faire le .....

## Pour le Méningocoque C

Injection 1	Fait le .....	A faire le .....
Rappel	Fait le .....	A faire le .....

## Pour le ROR

Injection 1	Fait le .....	A faire le .....
Rappel	Fait le .....	A faire le .....

## Traitements médicaux

- NON
- OUI (le cas échéant joindre ordonnance), précisez .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Allergies

- NON
- OUI (le cas échéant joindre ordonnance), précisez .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Conduite à tenir en cas de fièvre :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Autres infos destinées à la structure :**

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... Le ..... Signature :