

Certificat de maladie

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Nom de l'enfant :

- ☐ Il ne peut pas fréquenter le milieu d'accueil du au
- ☐ Son état lui permet de fréquenter le milieu d'accueil.
- ☐ Sauf complications, l'enfant pourrait réintégrer le milieu d'accueil le .././....

Traitement à administrer dans le milieu d'accueil :

Traitement : Dose : Fréquence journalière : Durée :	Traitement : Dose : Fréquence journalière : Durée :
Traitement : Dose : Fréquence journalière : Durée :	Traitement : Dose : Fréquence journalière : Durée :

Date

Signature

Cachet du médecin