

CERTIFICAT MEDICAL

POUR LES PARENTS QUI ASSURENT LES PERMANENCES

(à joindre au dossier de l'enfant)

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Mlle.....

Né(e) le, et avoir vérifié que l'intéressé(e) :

- N'est atteint(e) d'aucune **affection physique ou mentale incompatible** avec l'accueil de jeunes enfants (12 mois/3 ans)
- A satisfait à **l'obligation vaccinale** :

1) BCG (article R3112-2 du code de la santé publique)

	<u>Technique</u>	<u>Date</u>
Monovax		
Intradermique		

2) Anti diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (préciser le nom du vaccin et la date du dernier rappel)

	<u>DATE</u>
<u>Vaccin</u>	

- Ne présente pas de signes évocateurs de la tuberculose *
 - **Contrôle Intra-Dermo-Réaction** (IDR) à la tuberculine (moins d'un an) :
Date :résultat **en mm** :
 - **Radiographie pulmonaire** (moins de 3 mois) pour recherche d'un comptage tuberculeux :
Date :Résultat :
 - Autres vaccinations éventuellement déjà effectuées * : (ex : hépatite B, rubéole, coqueluche, etc....)
-

Date :

Tampon et signature du médecin

*veuillez cocher les cases et compléter les informations demandées