



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

- Il ne peut fréquenter son milieu d'accueil du au Inclus pour cause de maladie.
- 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 :

Dose :

Fréquence journalière :

Du au

Date et signature

Cachet



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

- Il ne peut fréquenter son milieu d'accueil du au Inclus pour cause de maladie.
- 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 :

Dose :

Fréquence journalière :

Du au

Date et signature

Cachet