



CERTIFICAT DE MALADIE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

.....

Il ne peut fréquenter le milieu d'accueil.

Duau.....

Son état lui permet de fréquenter le milieu d'accueil.

Sauf complications, l'enfant pourrait réintégrer le milieu d'accueil le.....

Traitement(s) à administrer dans le milieu d'accueil :

Traitement (Nom du médicament, voie d'administration, dosage)
Dose à administrer.....
Fréquence journalière.....
Durée.....

Traitement (Nom du médicament, voie d'administration, dosage)
Dose à administrer.....
Fréquence journalière.....
Durée.....

Traitement (Nom du médicament, voie d'administration, dosage)
Dose à administrer.....
Fréquence journalière.....
Durée.....

Traitement (Nom du médicament, voie d'administration, dosage)
Dose à administrer.....
Fréquence journalière.....
Durée.....

Date :

Signature :

Cachet du médecin