

## CERTIFICAT DE MALADIE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Il ne peut 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**