

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