

A REMPLIR PAR LE MEDECIN POUR LE RETOUR EN CRÈCHE

Certificat de maladie

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Il ne peut fréquenter le 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 .../.../... inclus pour cause de maladie

Date : .../.../...

Signature :

Cachet du médecin