

**CERTIFICAT DE MALADIE**

Je soussigné(e), Docteur en médecine certifie avoir examiné l'enfant :

.....

- 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 ...../...../.....

Cachet + signature