

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