

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES  
Pôle Solidarités

**Direction de l'Enfance et  
de la Famille**

Service Départemental de la  
Protection Maternelle et  
Infantile

Bureau Agrément et Accueil  
du Jeune Enfant

Tél : 03 21 21 65 73

74

75

76

77

Fax : 03 21 21 62 92

Docteur,

Votre patient(e) est candidat(e) à un agrément d'assistant(e) maternel(le) ou d'assistant(e) familial(e).

Conformément à la réglementation en vigueur, il(elle) doit « passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs » (article R. 421-3 du Code de l'action sociale et des familles).

L'examen médical « vise à s'assurer que l'intéressé(e) n'est atteint(e) d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice de cette profession. Il comprendra nécessairement le contrôle des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose. Au cas où le calendrier vaccinal n'a pas été respecté, la mise à jour sera effectuée » (arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions d'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistants maternels et familiaux).

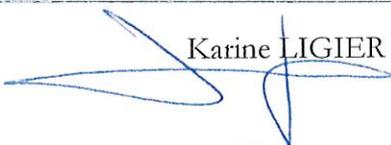
J'insiste sur l'importance de l'examen médical de votre patient(e), dont l'état de santé contribuera à la qualité de l'accueil et au bon développement des enfants confiés.

Bien entendu, tout cas particulier peut être traité directement avec le médecin de la Protection Maternelle et Infantile de votre secteur.

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à cet aspect de la protection de l'enfant et reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour le Président du Conseil départemental

La Chef de Service Départemental de la Protection  
Maternelle et Infantile

  
Karine LIGIER

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Madame, Monsieur <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Candidat(e) à l'agrément d'assistant(e) maternel(le) ou d'assistant(e) familial(e) <sup>(1)</sup>

L'examen s'est attaché au dépistage des affections physiques ou mentales incompatibles avec l'exercice de ses fonctions.

Le contrôle et la mise à jour des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose ont été réalisés.

L'état de santé de l'intéressé(e)

⇒ LUI PERMET<sup>(1)</sup>

⇒ NE LUI PERMET PAS<sup>(1)</sup>

d'accueillir habituellement des mineurs.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin