OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

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 :

Dose : ____

Fréquence journalière : ____

Du ____ au ____ inclus pour cause de maladie

Date : ____ Signature :

Cachet du médecin