

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 :

| | |
|--|--|
| Traitement : Dose : Fréquence journalière : Durée : | Traitement : Dose : Fréquence journalière : Durée : |
| Traitement : Dose : Fréquence journalière : Durée : | Traitement : Dose : Fréquence journalière : Durée : |

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

Signature :

Cachet du médecin

