

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 :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

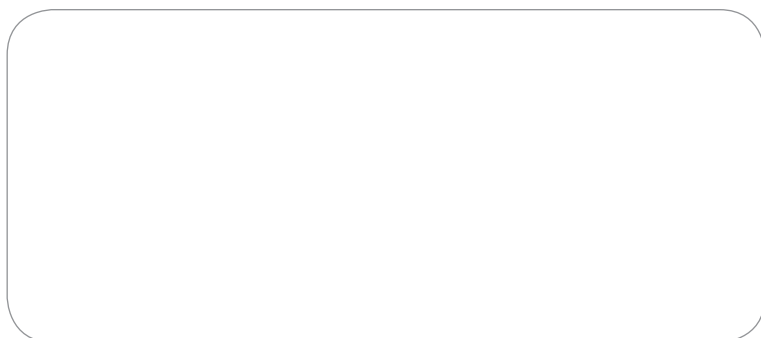
Dose :

Fréquence journalière :

Du au inclus pour cause de maladie

Date :

Signature :



Cachet du médecin