

## 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**