



CERTIFICAT

Je soussigné,.....,
Docteur en médecine, certifie avoir examiné l' (les) enfant(s) (nom + prénom(s))
.....
.....

Et atteste que l' (les) enfant(s) :

- Doit rester au domicile du au
- Est autorisé à réintégrer le milieu d'accueil (crèche/accueillante) à partir du :.....
- Autorise les puéricultrices à administrer
 -
 -
 -
 -
 -

Fait à....., le.....

Signature du médecin :

Cachet du médecin
