



CERTIFICAT DE MALADE

Je soussigné,..... docteur en médecine, certifie avoir examiné
.....

Il ne peut fréquenter son milieu d'accueil

Du auinclus pour cause de maladie

Son état lui permet de fréquenter le milieu d'accueil

.....

Traitement à administrer dans le milieu d'accueil :

.....
.....

Dose
.....

Fréquence journalière

Du au

Date Cachet Signature

Attention :

Pour être valable ce certificat doit être entièrement complété où le retour de l'enfant ne sera pas accepté.