

Mon Cher Confrère

L'examen médical des candidats aux fonctions d'assistant maternel ou familial vise à s'assurer que l'intéressé n'est atteint d'aucune affection physique ou mentale, ni d'addiction incompatibles avec l'exercice professionnel auprès de jeunes mineurs.

L'examen médical comprendra obligatoirement le contrôle des vaccinations obligatoires et celles recommandées par le calendrier vaccinal officiel en cours de validité à la date de l'examen.

Je vous rappelle que les vaccinations contre l'hépatite B, le rappel de vaccination anticoquelucheuse sont fortement recommandés, ainsi que la vaccination antituberculeuse pour les enfants des candidat(e)s qui répondraient aux critères d'indication.

Si vous souhaitez me contacter pour tout échange complémentaire, vous pouvez me joindre à l'adresse ci-dessus.

Veuillez agréer, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations.

**Le Médecin Directeur Adjoint de PMI-Promotion de la Santé,
Docteur Anne LETORET**

✂-----

**CERTIFICAT MEDICAL POUR L'AGREMENT
D'ASSISTANT MATERNEL / FAMILIAL**

Je soussigné Docteur....., Médecin traitant habituel : oui ☐ - non ☐

CERTIFIE que candidat(e) à l'agrément d'assistant Maternel : Familial

☞ **EST INDEMNÉ de tous signes évocateurs d'infection tuberculeuse*** ☐ oui ☐ non

** Il est nécessaire de décider, au cas par cas, de la nécessité de vaccination par le BCG en fonction de l'évaluation du risque d'exposition (risque essentiellement personnel pour les assistants maternels)*

☞ a reçu les vaccins

- DT Polio	date du dernier rappel :	/	/
- Coqueluche :	date du dernier rappel :	/	/
- Hépatite B (schéma vaccinal complet) :	☐ oui	☐ non	
- Rougeole/oreillon/rubéole :	☐ oui	☐ non	

☞ a un état de **santé physique** lui permettant d'accueillir des enfants à son domicile :
☐ oui ☐ non

☞ a un état de **santé psychique** lui permettant d'accueillir des enfants à son domicile :
☐ oui ☐ non

A le

Signature et Cachet du Médecin

Dans le cas où les vaccinations ne seraient pas faites, il est fortement conseillé de les mettre à jour selon les recommandations du calendrier vaccinal en cours de validité.



IMPORTANT : informations au verso

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers des usagers de la Protection Maternelle et Infantile – Promotion de la Santé. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services du Conseil Départemental et ne peuvent être communiquées, le cas échéant, qu'aux administrations et organismes habilités.

Conformément aux dispositions de la loi modifiée N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du Règlement Général de la Protection des Données, vous pouvez vous opposer, pour des motifs légitimes, au traitement des données à caractère personnel vous concernant, sauf lorsque le traitement répond à une obligation légale ou lorsque ce droit d'opposition a été écarté par une disposition expresse de l'acte autorisant le traitement.

Les demandes d'exercice du droit d'accès, de limitation de traitement, de portabilité, de modification, de rectification, opposition et effacement peuvent être formulées par écrit, accompagnées d'un titre d'identité, à l'attention du Délégué à la Protection des Données, Département de la Haute-Savoie, 1 avenue d'Albigny – CS 32444 – 74041 ANNECY Cedex ou par message électronique à l'adresse donneespersonnelles@hautesavoie.fr.