



**Ce certificat est à remplir par le médecin traitant de l'enfant**

Je soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_

certifie que l'enfant \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

est apte à la vie en collectivité et **est à jour de ses vaccinations obligatoires.**

*Article L3111-1 Code de santé publique modifié par LOI n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 49 (V)*

- Antécédents médicaux ou chirurgicaux nécessitant une prise en charge ou une vigilance particulière en collectivité :

- Allergies (alimentaires, médicamenteuses, saisonnières, etc.) nécessitant des précautions particulières et/ou la mise en place d'un protocole spécifique :

- Autres pathologies chroniques ou aiguës en cours :

Fait à \_\_\_\_\_

Signature et cachet  
du médecin :

Le \_\_\_\_\_

**Aucun traitement** ne pourra être donné sans ordonnance. Toute allergie ou pathologie nécessitant un traitement médical régulier engendrera la mise en place d'un protocole strict complémentaire (PAI).

