



Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale
Service Protection Maternelle et Infantile

A REMETTRE A VOTRE MEDECIN

Contact : Secrétariat de PMI
Objet : Agrément des assistants maternels

Orléans, le

Cher confrère,

Conformément à l'arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions de l'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistants maternels, je vous prie de bien vouloir compléter le certificat médical joint.

L'examen médical a pour objet de vérifier que l'état de santé du candidat ou de l'assistant maternel lui permet d'accueillir habituellement des mineurs.

Je me permets d'insister sur l'importance de votre examen, vu les responsabilités assumées par l'assistant(e) maternel(le) auprès de jeunes enfants et vous remercie d'être particulièrement vigilant à tout ce qui risquerait de compromettre la santé, le bien-être et la sécurité des enfants accueillis :

- risques liés à l'alcool, au tabac, aux toxiques ;
- risque de transmission d'une tuberculose ;
- affection psychique et/ou syndrome dépressif ;
- troubles invalidants de la statique ;
- maladie pouvant entraîner une perte de connaissance ;
- troubles moteurs ou sensoriels graves.

Concernant la tuberculose, comme vous le savez, cette maladie infectieuse est particulièrement grave chez les enfants et le risque de déclarer une tuberculose est élevé pour eux, en cas de contact avec le bacille de Koch. J'attire donc votre attention sur l'importance du dépistage de la tuberculose, en raison notamment de la suppression de l'obligation vaccinale chez les enfants

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien confraternellement,

Pour le Président et par délégation
Docteur Brigitte HERCENT-SALANIE
Médecin Départemental de Protection
Maternelle et Infantile



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que : Nom : Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Né(e) le/...../.....

☐ N'est atteint(e) d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice des fonctions d'assistant maternel.

☐ A répondu aux obligations concernant la vaccination obligatoire par le BCG *

- BCG fait le :
(ou cicatrice vaccinale répondant aux critères de l'arrêté du 13.07.2004)
- Résultats du Tubertest de moins de 5 ans : (taille de l'induration en mm)

En date du :

- Si le Tubertest est négatif et la preuve de primovaccination n'est pas apportée, le candidat doit être vacciné.
- Si le **Tubertest est positif de plus de 9 mm sans preuve de vaccination,**
ou si **après vaccination, le Tubertest est positif de plus de 14 mm,**
ou si **l'induration a augmenté de plus de 9 mm depuis le dernier Tubertest,**
une radio de thorax doit être pratiquée et l'interprétation nous être fournie.

☐ Ne présente aucun signe évocateur de tuberculose.

Pour les adultes vivant au domicile, la recherche de signes évocateurs de la tuberculose est également recommandée.

☐ Est à jour de sa vaccination DTP.

Par ailleurs les vaccinations contre l'hépatite B, la coqueluche, l'hépatite A, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle et la grippe sont conseillées.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour valoir ce que de droit.

A....., le

Cachet du médecin

Signature :

* Articles R3112-1 et R3112-2 du Code de la Santé Publique : sont soumis à la vaccination obligatoire par le B.C.G. (sans condition d'âge) les assistant(e)s maternel(le)s

* Article R3112-4 du Code de la Santé Publique : sont considérées comme ayant satisfait à l'obligation de vaccination par le BCG les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination, ou les personnes présentant une cicatrice vaccinale.