**CERTIFICAT MEDICAL**

établi par le médecin traitant à l'attention de

l'Office des structures d’accueil extrafamilial et des institutions d’éducation spécialisée

* Famille d’accueil
* Parent d’accueil de jour
* Structure d’accueil extrafamilial
* Institution d’éducation spécialisée
* Autre

**Médecin traitant :**

Dr / Dresse : ………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………

Téléphone : ………………………………………………………………

**Patient :**

Mme / M. : ………………………………………………………………

Né/e le : ………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………

Depuis quand suivez-vous votre patient(e) : ……………………………………………

Date du dernier examen médical : ……………………………………………

Dans le cadre d'un accueil d'enfant(s), des réserves physiques ou d'ordre psychique sont-elles à relever ?

 Oui Non

Physique [ ]  [ ]

Psychique [ ]  [ ]

Remarques : …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

*Le présent certificat médical est demandé par l'Office des structures d’accueil extrafamilial et des institutions d’éducation spécialisée conformément à l'art. 5 de l'Ordonnance fédérale sur le placement d'enfants (OPE).*

**Lieu et date** …………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
|  |

**Signature et timbre du médecin**

*Les déclarations du médecin peuvent avoir une incidence sur la protection des intérêts supérieurs de l’enfant. Par sa signature, le soussigné engage sa responsabilité.*