

Certificat médical d'accueil EBS

Merci de noter que ces informations sont strictement confidentielles et ne peuvent être utilisées dans le cadre du réseau et au sein du personnel de la structure d'accueil extrafamilial que par les collaborateur-trice-s qui sont directement concerné-e-s par la situation de l'enfant.

Afin de respecter le secret médical, le certificat médical ne doit pas nécessairement donner un diagnostic, mais préciser et attester des mesures spécifiques de soutien nécessaires pour l'accueil de l'enfant en collectif de jour. Celui-ci doit être renouvelé quand l'évolution des besoins de l'enfant l'exige. Merci de remplir les points qui sont pertinents pour la situation particulière de l'enfant.

Informations sur l'enfant

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

En tant que médecin traitant de l'enfant mentionné ci-dessus, j'atteste que cet enfant :

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| ☐ est en bon état de santé | ☐ psychologique | ☐ somatique |
| ☐ présente des difficultés sur le plan | ☐ psychologique | ☐ somatique |
| ☐ suit normalement son développement | | |
| ☐ présente des difficultés quant à son développement | | |
| ☐ nécessite un suivi spécialisé (préciser) : | | |

En tant que médecin traitant de l'enfant mentionné ci-dessus, j'atteste que cet enfant a besoin de mesures spécifiques de soutien en accueil collectif de jour pour des motifs :

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ☐ somatiques | ☐ psychologiques | ☐ socioéducatifs |
|-------------------------------------|---|---|

Besoins spécifiques de l'enfant (développer) :
.....
.....

Objectif(s) et perspective(s) de la mesure demandée (développer) :
.....

**DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ,
DES RÉGIONS ET DES SPORTS**
SERVICE DE PROTECTION DE L'ADULTE
ET DE LA JEUNESSE
UNITÉ DE L'ACCUEIL EXTRAFAMILIAL DE JOUR

.....

Date, timbre et signature :