Certificat médical

établi par le médecin traitant à l'attention de

l’Unité de l’accueil extrafamilial de jour

Faubourg du Lac 23-25 – 2002 Neuchâtel 2 - Case postale 1

* Parent d’accueil de jour
* 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'Unité de l’accueil extrafamilial de jour (UAEJ) 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.*