

2. CERTIFICAT DE MALADIE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Il ne peut fréquenter son milieu d'accueil

Du au inclus

pour cause de maladie

Son état lui permet de fréquenter le milieu d'accueil

Sauf complications, l'enfant pourrait réintégrer
le milieu d'accueil le

Traitement à administrer dans le milieu d'accueil :

Dose

Fréquence journalière

Du au

Date

Cachet

Signature