



CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par le médecin traitant de l'enfant

Validité : du 1^{er} septembre 202...à 31 Aout 202...

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l'enfant :

- ☐ Est apte à la vie en collectivité.
- ☐ Ne présente pas de maladie contagieuse à cette date.
- ☐ Ne présente aucune allergie ou contre-indication connue.
- ☐ Doit bénéficier d'un projet d'accueil personnalisé.

Précisez :

.....
.....

En cas d'hyperthermie et/ou douleur :

J'autorise le personnel de la structure à donner à l'enfant
une dose-poids de PARACETAMOL toutes les 6 heures, sans dépasser 4 prises par 24 heures. L'administration
pourra être faite dès que l'enfant atteint la température de 38°5 ou°C, ou de douleur mal tolérée.

Si préconisation particulière pour cet enfant, merci de préciser :

.....
.....

L'administration du paracétamol sera faite sous la forme de sirop pédiatrique uniquement.

J'autorise le personnel de la structure à donner à l'enfant

- ☐ **Arnica 9 CH (pour les enfants de plus de 12 mois)** : 5 granules après la chute à renouveler 30 minutes après la 1^{ère} prise.
- ☐ **Camilia** (1 dosette de solution buvable) en cas de douleur dentaire aigue à renouveler si besoin 3 fois par 24h.

Date et Signature des parents	Tampon et signature du médecin traitant	Date et validation du responsable ou du RSAI
--------------------------------------	--	---