



Direction générale solidarité  
Direction enfance familles  
Service protection maternelle et  
infantile

# SECRET MEDICAL

## A l'attention du médecin de Protection maternelle et infantile

Cher confrère, Chère consœur,

Votre patient-e est candidat-e à un agrément d'assistant-e maternel-le ou familial-e ou à son renouvellement.

Conformément à l'article R. 421-3 du code de l'action sociale et des familles, il/elle doit passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineur-es (essentiellement des nourrissons et enfants jusqu'à trois ans pour les assistant-es maternel-les) et doit joindre obligatoirement à son dossier de demande d'agrément un certificat médical pour le justifier.

Il est important qu'une information sur les vaccinations recommandées pour les professionnel-les de la petite enfance (coqueluche, rougeole, hépatite B, BCG) puisse lui être donnée lors de cet examen. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019, l'obligation pour les assistant-es maternel-les et familiaux-ales de se soumettre au vaccin anti-tuberculeux BCG est supprimée.

Il est important d'aborder également avec eux/elles les éventuels problèmes de santé (par exemple des fonctions locomotrices, etc.), y compris des pratiques addictives (tabagisme, alcool ou autres dépendances) risquant de constituer des contre-indications à l'accueil d'enfants en raison des risques pour ces derniers.

À l'issue de cet échange, le certificat médical joint sera à renseigner. Ce document sera intégré au dossier administratif de demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément, sous pli confidentiel. Si vous le souhaitez, pour toutes questions concernant ce certificat ou votre patient-e, vous pouvez joindre le/la médecin chef-fe du service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) au 02 51 17 22 47 ou 02 51 17 22 62.

En vous remerciant de l'attention que vous portez à ce courrier, je vous adresse mes salutations distinguées.

Pour le président du conseil départemental  
La médecin cheffe du service Protection maternelle et  
infantile

Nathalie JANNIN-BURONFOSSE

Adresse postale :  
Hôtel du Département  
3 quai Ceineray - CS 94109  
44041 Nantes cedex 1  
Tél. 02 40 99 10 00  
Fax : 02 51 17 22 10  
[contact@loire-atlantique.fr](mailto:contact@loire-atlantique.fr)  
[www.loire-atlantique.fr](http://www.loire-atlantique.fr)

« Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à Monsieur le Président du conseil départemental de Loire Atlantique. »

# CERTIFICAT MEDICAL

## A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT D'ASSISTANT.E MATERNEL.LE OU FAMILIAL.E

### Article R. 421-3 du code de l'action sociale et des familles

L'assistant-e maternel-le est un-e professionnel-le de la petite enfance qui accueille jusqu'à 4 enfants mineur-es généralement âgé-es de moins de 6 ans. L'accueil se fait à son domicile ou dans une maison d'assistant-es maternel-les. Elle/il doit obligatoirement avoir été agréé-e par le service départemental de protection maternelle et infantile.

L'assistant-e familial-e est un-e professionnel-le dont la mission consiste, moyennant rémunération, à accueillir à son domicile des mineur-es et des jeunes majeur-es âgé-es de moins de 21 ans, séparé-es de leurs parents et à prendre soin d'eux au quotidien. Il/elle doit obtenir un agrément délivré par le service départemental de protection maternelle et infantile.

Je soussigné-e Dr \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour, Monsieur/Madame \_\_\_\_\_

Né.e le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Candidat-e à l'agrément d'assistant-e maternel-le / familial-e ou à son renouvellement.

Une information sur les vaccinations recommandées a été donnée (coqueluche, rougeole, hépatite B, BCG).

### Suite à cet examen, l'une des cases doit obligatoirement être cochée :

Je certifie que :

- Madame/Monsieur \_\_\_\_\_ n'est atteint-e d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice des fonctions d'assistant-e maternel-le et ou d'assistant-e familial-e (comme par exemple de troubles invalidants de la statique, d'affections psychique, de maladie pouvant entraîner une perte de connaissance, d'affection évolutive grave...)
- que l'état de santé physique ou psychique de Madame/Monsieur \_\_\_\_\_ ne lui permet pas d'accueillir habituellement des mineur-es.

Certificat établi le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cachet et signature :

**Si vous souhaitez être contacté-e pour échanger** avec un-e médecin de protection maternelle et infantile (PMI), merci de bien vouloir noter votre numéro de téléphone :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_