



La Rose  
des Vents

CENTRE DE LA PETITE ENFANCE  
Bureau coordonnateur

## **Objet : Certificat médical**

---

Madame, monsieur,

Madame \_\_\_\_\_ a soumis à notre centre de la petite enfance, une demande de reconnaissance à titre de responsable d'un service de garde en milieu familial.

Selon le Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance (article #51.4), elle doit fournir un certificat d'un médecin attestant qu'elle possède une bonne santé physique et mentale lui permettant d'offrir un milieu de garde assurant la santé, la sécurité et le bien-être des enfants qu'elle reçoit.

Vous trouverez ci-joint cette attestation de bonne santé que nous vous demandons de bien vouloir compléter et signer.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration et vous prions de recevoir nos salutations les plus distinguées.

---

Signature de la personne mandatée

## Certificat médical

Nous vous demandons de compléter le formulaire ci-dessous :

Nom de la requérante \_\_\_\_\_

### Bonne santé physique

La requérante est-elle en mesure de :

Soulever des enfants de (0 à 5 ans) plusieurs fois par jour : \_\_\_\_\_

Se baisser et ramasser des objets régulièrement : \_\_\_\_\_

Exécuter différentes tâches telles que soulever des bacs, matelas, vêtements, déshabiller et habiller des enfants, etc. : \_\_\_\_\_

La requérante est-elle en mesure de passer au moins 10 heures continues auprès des enfants sans s'absenter ? \_\_\_\_\_

### Bonne santé mentale

La requérante possède t-elle :

La capacité d'assurer la santé, la sécurité et le bien-être des enfants qu'elle entend recevoir dans son service de garde (maximum 6 enfants dont 2 poupons et 9 enfants dont 4 poupons si la responsable est accompagnée d'une assistante) \_\_\_\_\_

Une bonne santé mentale lui permettant d'assurer la prestation de services de garde aux enfants. : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Numéro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date