

**CERTIFICAT MEDICAL  
DELIVRE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'AGREMENT**

**Conformément à l'arrêté du 28 Octobre 1992 fixant les conditions  
de l'examen médical obligatoire en vue de cet agrément**

Je, soussigné(e), Docteur ..... certifie avoir  
examiné M ..... né(e) le .....

Domicilié(e) .....  
.....

**C E R T I F I E**

1 - Que la radio pulmonaire pratiquée le ..... ne présente aucun signe évocateur de tuberculose pulmonaire (radiographie datant de moins de 2 ans).

2 - Avoir procédé au contrôle des vaccinations obligatoires et incité l'intéressé(e) à pratiquer les mises à jour des vaccinations recommandées.

**\* B.C.G. (obligatoire) :**

Selon les textes en vigueur (Journal Officiel du 22/12/2005, décret 2005-1608) restent soumis à la vaccination obligatoire par le BCG : les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les établissements ou les services mentionnés dans les articles R3112-1 et 2 du Code de la Santé Publique (liste de professions), où sont citées précisément les assistants maternels.

- ✓ date de vaccination : .....
- ou**
- ✓ attestation de cicatrice vaccinale : .....  
(en absence de vaccination anti-variolique)
- ✓ contrôle par TUBERTEST effectué le .....

Le tubertest est pratiqué "à l'embauche" comme référence, puis contrôlé à chaque demande renouvellement (sauf contre-indication)

- ✓ résultat chiffré **en mm** du TUBERTEST .....

Un tubertest de référence d'emblée supérieur ou égal à 15 mm, la positivation ou l'augmentation de 10 mm par rapport au tubertest précédent imposent des investigations complémentaires auprès du centre de lutte anti tuberculeuse.

\* **D.T.P.** - dernier rappel effectué le .....  
+/- Ca (recommandé\*)

\* **HEPATITE A**  
(recommandé \*) - effectué le .....

\* **VARICELLE**  
(recommandé si absence d'antécédent connu et séronégativité \*)  
- effectué le .....

\* **ROUGEOLE OU Rougeole-Oreillons-Rubéole**  
(recommandé si personne née avant 1980, non vaccinée et sans antécédent connu de rougeole ou de rubéole \*)  
- effectué le :.....  
- et le : .....

\* **HEPATITE B (facultatif)** - effectué le .....

3 – N'avoir décelé aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice de la fonction d'assistant maternel et d'assistant familial dans la prise en charge à son domicile, des enfants qui lui sont confiés.

**Date :**

**Cachet et signature du médecin**

\* **Références biblio : calendrier vaccinal 2013 paru le 19 avril 2013**

**Lien : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>**

**Direction de la Solidarité  
Départementale**

**M**

51

Circonscription de la Solidarité  
Départementale

Affaire suivie par :  
Nos réf. :  
Vos réf. :

Tél :  
Fax :  
Courriel :

le

**NOTE A L'ATTENTION DES ASSISTANTS MATERNELS  
CONCERNANT LA VACCINATION CONTRE LA COQUELUCHE**

La coqueluche est une infection respiratoire qui touche l'homme, de l'adulte au nouveau-né et peut s'avérer très grave chez ce dernier.

Le nombre de nouveau-nés contaminés par leur entourage est en constante augmentation.

C'est pourquoi les autorités de santé recommandent aux « professionnels de la petite enfance en contact avec les enfants trop jeunes pour avoir reçu trois doses de vaccin coquelucheux » de faire pratiquer cette vaccination à l'occasion d'un rappel DTP (diphtérie – tétanos – polio).

En tant qu'assistant maternel ou familial, vous êtes concerné par ces recommandations.

C'est dans ce contexte que nous vous informons, afin que vous évoquiez cette question avec votre médecin traitant et preniez les dispositions nécessaires pour vous garantir contre ce risque. Cette démarche pourra par exemple être concomitante à la vérification de vos vaccins ou à la rédaction du certificat nécessaire à votre demande d'agrément ou de renouvellement.

Cordialement.

**Docteur**

**Médecin de circonscription**