

Certificat médical

en vue de la demande d'agrément départemental
accueil familial PA-PSH



Je soussigné, Docteur

exerçant à

.....
certifie, après lecture du courrier ci-dessus, que les différents éléments portés à ma connaissance et concernant :

Mr Mme Mr & Mme :

Ne sont pas de nature à compromettre le projet d'accueil familial tel que défini ci-dessus
et je donne mon avis médical favorable pour cet accueil :

.....
.....
.....

Peuvent être susceptibles de restreindre au moins partiellement cet accueil et je précise mes préconisations :

.....
.....
.....

Me semblent difficilement conciliables avec le projet d'accueil tel que présenté, pour les raisons notées ci-dessous :

.....
.....
.....

Me paraissent totalement incompatibles avec le projet et j'é mets un avis médical défavorable pour cet accueil :

.....
.....
.....

Je souhaiterais être contacté dans le cadre de ce projet et de ce certificat,

• ligne téléphonique directe :

• de préférence (jours et heures à préciser) :

.....
.....
.....

À

Le

Signature :

CACHET DU MÉDECIN

.....
.....
.....