

## Atelier Passerelle

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie que l'enfant .....

né(e) le ..... Poids:

- ° Ne présente pas de contre-indication à la vie en collectivité.
- ° Est à jour des vaccins obligatoires pour la collectivité.
- ° Prescrit, si besoin, en attendant l'arrivée des parents (ordonnance et posologie):

- En cas d'hyperthermie (dès 38,5°):  
DOLIPRANE SUSPENSION BUVABLE

- En cas d'hématome ou de coup:  
ARNIGEL

- En cas de plaie:  
BISEPTINE ou eau + savon

Date:

Signature + cachet du médecin.