

**CERTIFICAT D'APTITUDE À L'ENTREE AU MULTI ACCUEIL**  
(À remplir par le médecin traitant de l'enfant)

Je soussigné(e) Docteur .....

Certifie que l'enfant ..... né(e) le .....

est apte à la vie en collectivité et que les vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos et poliomyélite) sont en règle.

Antécédents médicaux, maladie chronique, nécessitant une prise en charge ou une vigilance particulière en collectivité :

Traitement de fond de l'enfant (s'il y a lieu)

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, saisonnières) :

Problèmes particuliers touchant l'enfant (qu'il peut être utile de connaître au sein de la collectivité) :

Ne présente aucune contre-indication à (cases à cocher) :

- De la **crème de protection pour le change** en cas d'érythème fessier,

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet du médecin :