

CERTIFICAT MÉDICAL

J'atteste par la présente que Madame _____
a une bonne santé physique et mentale lui permettant d'agir à titre de personne
responsable d'un service de garde en milieu familial.

Nom du médecin : _____

Numéro : _____

Signature : _____

Date : _____

Tampon de la clinique ou du professionnel de la santé :