

ATTENTION : Veillez à imprimer cette lettre recto verso, en insérant le certificat médical à être signé par le médecin au verso.

Date : _____

À l'attention du médecin de madame ou monsieur

Objet : Certificat médical

Docteur _____

Votre patient(e), _____, est présentement inscrit(e) dans une démarche pouvant mener à une reconnaissance à titre de personne responsable d'un service de garde en milieu familial.

Cette reconnaissance, si il ou elle lui était consentie, lui permettrait de recevoir à sa résidence de façon régulière six (6) enfants âgés de la naissance jusqu'à la fin de la fréquentation du niveau primaire.

En vertu de l'article 60(4) du *Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance*, madame ou monsieur _____ doit fournir un certificat médical nous attestant qu'il ou elle a une bonne santé physique et mentale lui permettant d'assurer la prestation de services de garde aux enfants.

En ce sens, nous vous invitons à compléter le certificat médical qui se trouve au verso de la présente.

Nous vous remercions de votre collaboration et n'hésitez pas à communiquer avec nous pour tout renseignement complémentaire au 819 583-3000 au poste 226 ou par courriel à l'adresse suivante : direction@cpeotoiles.com .

Mireille Chabot
Directrice générale
Bureau coordonnateur CPE Sous Les Étoiles

P.j.



Certificat médical

J'atteste par la présente que mon ou ma patiente, _____ 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 de permis :

Commentaires du médecin :

Signature : _____

Date :