



## Certificat de maladie

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

.....

Il ne peut fréquenter la maison d'enfants

Du .....au .....inclus

Pour cause de maladie

Son état lui permet de fréquenter la maison d'enfants.

Sauf complications, l'enfant pourrait réintégrer la maison d'enfants le .....

Traitement à administrer dans la maison d'enfants :

.....

Dose .....

Fréquence journalière .....

Du .....au .....

Date :

Signature :

Cachet du médecin