**

**CERTIFICAT MEDICAL - FREQUENTATION DE LA GARDERIE « Ale’Izée »**

Je soussigné(e), …………………………………………………………………………………, Docteur en Médecine, autorise l’enfant ……………………………………………………………………………………………………………... âgé(e) de ………………. ans à fréquenter la structure d’accueil d’enfants malades « Ale’izée » située Rue des Fossés 16/1 à Tournai.

**Durée de fréquentation** : Du …………………………………... au …………………………………... 201……….

**Contagiosité** : En raison de la crise sanitaire, aucun enfant positif ou présentant des symptômes de la COVID ne sera autorisé à fréquenter la garderie jusqu’à nouvel ordre.

**Médication :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments** | **Matin** | **Midi** | **16h** |
| 1° |  |  |  |
| 2° |  |  |  |
| 3° |  |  |  |
| 4° |  |  |  |
| 5° |  |  |  |

**Allergies :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Remarques :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : ………….…/………….…/201……….

**Cachet et signature du médecin** : ………………………………………………………………………………………………………………………………

**Signature des parents (ou tuteur responsable) pour accord** : …………………………………………………………………………………..