



Basse-Terre, Le .....

DIRECTION DE L'ENFANCE DE LA FAMILLE ET DE LA JEUNESSE  
SOUS-DIRECTION DE LA PMI

SERVICE DES AGREMENTS FAMILIAUX ET MATERNELS  
39, RUE FERDINAND FOREST  
IMMEUBLE ROMARIN  
97122 BAIE-MAHAULT  
☎ 05 90 26 92 98 • 05 90 60 92 44  
☎ 05 90 60 92 41

A remettre au médecin qui effectuera  
les examens médicaux (cf page verso)

Cher Confrère, Chère Consoeur,

Votre patient(e), M .....  
a sollicité l'agrément du Président du Conseil Départemental pour exercer la profession d'Assistant Maternel ou/et d'Assistant Familial.

La procédure d'agrément prévoit un examen médical obligatoire permettant de vérifier :

- Que l'état de santé du candidat est compatible avec l'exercice de la profession d'assistant maternel ou familial ;
- Qu'il /elle est à jour de ses vaccinations, et notamment d'un rappel de vaccins contre la coqueluche

Je me permets d'insister sur **l'importance de cet examen**, qui engage votre responsabilité.

A titre indicatif, vous trouverez ci-dessous les principales contre-indications qui nous semblent incompatibles avec la fonction d'assistant (e) maternel (le) ou d'assistant (e) familial (e) : *Les affections psychiatriques avec prises répétées de psychotropes, antidépresseurs, neuroleptiques, les difficultés motrices entravant une mobilité nécessaire à la garde d'enfants, toutes les affections chroniques, invalidantes, contagieuses ou nécessitant des congés de maladie répétés ne garantissant pas la continuité de la garde d'un enfant dans le temps, les dépendances à l'alcool au tabac, aux substances stupéfiantes*

Le certificat médical est à compléter par vos soins.

Si besoin, vous pouvez contacter le Médecin Départemental de Protection Maternelle et Infantile  
**Docteur Ghislaine PEROUMALNAIK Tél. : 05.90.21.58.66.**

En vous remerciant, je vous adresse Cher Confrère, Chère Consoeur, mes salutations confraternelles.

Docteur Ghislaine PEROUMALNAIK  
Médecin Départemental de la PMI

Textes de référence :

- Loi n°92-642 du 12/07/1992 et Loi n°2005-706 du 27/06/2005 relatives aux assistants maternels et aux assistants familiaux.
- Décret n° 92-1061 du 29/09/1992 et Arrêté du 28/10/1992 fixant les conditions de l'examen médical.
- Décret n°2004-635 du 30/06/2004 modifiant les articles R.3112-2 et R. 3112-4 du code de la santé publique, relatif à la vaccination par le B.C.G et aux tests tuberculitiques.
- Arrêté du 13/07/2004 et circulaire N°DGS/SD5C/2004/373 du 11/10/2004 relatifs à la pratique de ces actes.



CONSEIL DEPARTEMENTAL  
DE LA GUADELOUPE

DIRECTION DE L'ENFANCE DE LA FAMILLE ET DE LA JEUNESSE  
SOUS-DIRECTION DE LA PMI

SERVICE DES AGREMENTS FAMILIAUX ET MATERNELS  
39, RUE FERDINAND FOREST

IMMEUBLE ROMARIN  
97122 BAIE-MAHAULT

☎ 05 90 26 92 98 • 05 90 60 92 44  
☎ 05 90 60 92 41

**CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL  
POUR L'AGREMENT  
D'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)  
OU D'ASSISTANT(E) FAMILIAL(E)**  
(en application de l'arrêté du 28 octobre 1992)  
\*\*\*\*\*

(Les honoraires sont à la charge du demandeur, qui a  
le choix du médecin.)  
\*\*\*\*\*

**La profession d'assistant maternel ou familial implique la capacité, physique mais aussi psychologique,  
à prendre soin et assurer la santé, la sécurité et l'épanouissement des enfants qui seront confiés.**  
\*\*\*\*\*

Je soussigné (e), docteur en médecine, certifie que :

M. ou Mme ..... Né(e) le : .....

Domicilié (e) : .....

.....

Conformément à l'arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions obligatoires de l'examen médical en  
vue de l'agrément des assistants maternels et des assistants familiaux :

- L'examen s'est attaché au dépistage des affections physiques ou mentales incompatibles avec  
l'exercice de la profession ;
- Le contrôle et la mise à jour des vaccinations obligatoires (notamment le vaccin contre la  
coqueluche) ainsi que la recherche des signes évocateurs de tuberculose ont été réalisés

De plus, une information sur les vaccinations obligatoires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 a été donnée.

L'état de santé de l'intéressé (e) :

- Lui permet
- Ne lui permet pas

D'accueillir habituellement des mineurs à son domicile

Certificat établi à : .....le .....et remis à l'intéressé(e).

Signature et cachet du médecin :