



Date : _____

À l'attention du médecin de _____
Nom, Prénom

Objet : Certificat médical

Madame, Monsieur,

Votre patiente, madame _____, est présentement inscrite dans une démarche pouvant mener à une reconnaissance à titre de personne responsable d'un service de garde en milieu familial.

Cette reconnaissance, si elle lui était consentie, lui permettrait de recevoir à sa résidence de façon régulière de six (6) à neuf (9) 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 _____ doit fournir un certificat médical nous attestant qu'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 **514-595-9955 (223)** ou par courriel à l'adresse suivante : **lindamuzzi@cpefamiligarde.com**.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Linda Muzzi'.

Linda Muzzi
Directrice adjointe
Bureau coordonnateur CPE Familigarde de LaSalle

P.j.

Certificat médical

J'atteste par la présente que 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 : _____