



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 : [lucie@cpefamiligarde.com](mailto:lucie@cpefamiligarde.com)

Lucie Leroux  
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 : \_\_\_\_\_