Monsieur, Madame,

Votre patiente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_est présentement en démarche pouvant mener sa reconnaissance à titre de 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 des enfants âgés de la naissance jusqu’à 5ans.

En concordance avec l’article 60, 4e paragraphe du *Règlement sur les services de garde éducatifs à l’enfance,* madame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doit fournir un certificat médical nous attestant que celle-ci a une bonne santé physique et mentale lui permettant d’assurer la prestation de service de garde aux enfants.

Nous vous remercions de votre collaboration et n’hésitez pas à communiquer avec nous pour tout renseignement complémentaire.

La direction du bureau coordonnateur de la garde en milieu familial.

J’atteste par la présente que ma patiente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

A une bonne santé physique te mentale lui permettant d’assurer la prestation de service de garde aux enfants.

Nom du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ou***

Nom de l’infirmière praticienne spécialisée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ou***

Estampe :

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_