



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service de l'enfance et de la jeunesse SEJ  
Jugendamt JA

Secteur des milieux d'accueil  
Sektor familienexterne Betreuung

Bd de Pérolles 24, case postale 1463, 1701 Fribourg

T +41 26 305 15 30, F +41 26 305 15 98  
www.fr.ch/sej

<p align="center"><b>FORMULAIRE POUR L'ETABLISSEMENT DU CERTIFICAT MEDICAL POUR UNE ACTIVITE DE MAMAN DE JOUR</b></p>
---

L'Ordonnance sur le placement d'enfants (OPE) prescrit que l'Autorité chargée de l'évaluation des conditions d'accueil (ci-après SEJ) doit s'assurer de l'état de santé d'une maman de jour (art. 7 et art. 5 al. 1 (en application par analogie par l'art. 12 al. 2) de l'OPE).

Pour ce faire, le SEJ a établi ce questionnaire sur lequel le médecin traitant ou de famille peut se baser pour rendre son certificat. La finalité étant de s'assurer qu'il n'y ait aucune incompatibilité entre l'état de santé physique et psychique de la maman de jour, ainsi que de son conjoint, et la prise en charge des enfants.

Formulaire, questionnaire et certificat médical sont à remplir par le médecin traitant ou de famille du requérant. Le formulaire et le certificat médical sont à retourner au Service de l'enfance et de la jeunesse. Le questionnaire reste en main du médecin.

Nom du médecin traitant:

.....

Adresse:

.....  
.....

Téléphone: .....

Etabli au nom de: .....

Né(e) le: .....

Depuis quand connaissez-vous votre patient/e ? .....

Date du dernier examen médical: .....

**CERTIFICAT MEDICAL**  
*(ETABLI PAR LE MEDECIN)*

Le présent certificat médical est destiné à une personne exerçant l'activité de maman de jour, ainsi qu'à son conjoint, qui a déposé une demande d'accueillir des enfants à la journée, en application de l'art. 7 et de l'art. 5 al. 1 (en application par analogie par l'art. 12 al. 2) de l'Ordonnance sur le placement d'enfants.

**Le médecin soussigné a examiné Monsieur/Madame,**

Nom: .....

Prénom : .....

Adresse: .....

Date de naissance: .....

L'examen médical a porté sur les éléments suivants :

- maladies infectieuses chroniques, maladies internes invalidantes, infirmités motrices, maladies du système nerveux, affections oncologiques, affections immunologiques (HIV, hépatite B, etc.), autres maladies ou traumatismes invalidants ;
- dépendances (alcool, troubles alimentaires, médicaments, stupéfiants, cures de désintoxication ;
- affections psychiques ;
- accidents graves ayant des conséquences sur l'état de santé global.

**Bilan**

Après analyses des résultats, le médecin traitant atteste :

- que l'état de santé global est bon et que le/la patient(e) ne présente aucune pathologie physique ou psychique incompatible avec l'accueil d'enfants.

- que l'état de santé global est bon, mais émet certaines réserves dans le cadre d'un projet d'accueil d'enfants

- que l'état de santé global n'est pas bon et que le/la patient(e) présente une pathologie physique ou psychique incompatible avec l'accueil d'enfants

Lieu et date : .....

Signature et timbre du médecin traitant : .....

<b>QUESTIONNAIRE POUR L'ETABLISSEMENT DU CERTIFICAT MEDICAL</b>
---

**1. la personne souffre-t-elle d'un des problèmes de santé suivants:**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - maladie infectieuse chronique<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br>.....                          | oui | non |
| - maladie interne, risque d'invalidité?<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br>.....                  | oui | non |
| - infirmité motrice<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br>.....                                      | oui | non |
| - maladie du système nerveux<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br>.....                             | oui | non |
| - affection oncologique<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br>.....                                  | oui | non |
| - affection immunologique<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br>(HIV, hépatite B, etc).<br>.....     | oui | non |
| - autres maladies ou traumatismes, risque d'invalidité ?<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br>..... | oui | non |

**2. Dépendances** oui  non

	Depuis quand	Traitement en cours	Traitement terminé
Troubles alimentaires			
Alcool			
Médicaments			
Stupéfiants			
Autre			

Le patient a-t-il suivi une ou plusieurs cures de désintoxication ? oui  non

**3. Affections psychique** oui  non

	Depuis quand	Traitement en cours	Traitement terminé
Episodes dépressifs			
Autre			

- soignés de manière ambulatoire: .....

- soignés en milieu hospitalier: .....

**4. Le candidat a-t-il été victime d'accidents graves?** oui  non

Si oui, quand?

.....

Séquelles éventuelles physiques ou psychiques?

.....

**Ce questionnaire reste en main du médecin traitant ou de famille.**