



CERTIFICAT MEDICAL destiné à « L'ACCOMPAGNEMENT EN ACCUEIL FAMILIAL D'URGENCE » Asbl.  
 Avenue de la Liberté, 44 à 1400 Nivelles  
 ☎ 067/877.107 - ☎ 0474/820.920 - ☎ : 067/877.114  
 ✉ : [info@aafu.be](mailto:info@aafu.be) - [www.aafu.be](http://www.aafu.be)

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Monsieur / Madame / Mademoiselle : .....

et sur base de mon examen clinique :

- L'avoir trouvé(e) indemne de toute maladie contagieuse ou transmissible en évolution ou de tout signe décelable de maladie qui pourrait constituer un danger pouvant nuire à l'état de santé d'un mineur.
- Ne pas avoir trouvé de contre-indication à l'accueil d'enfants ou de jeunes.

Cachet du médecin

Fait à ..... le .....



CERTIFICAT MEDICAL destiné à « L'ACCOMPAGNEMENT EN ACCUEIL FAMILIAL D'URGENCE » Asbl.  
 Avenue de la Liberté, 44 à 1400 Nivelles  
 ☎ 067/877.107 - ☎ 0474/820.920 - ☎ : 067/877.114  
 ✉ : [info@aafu.be](mailto:info@aafu.be) - [www.aafu.be](http://www.aafu.be)

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Monsieur / Madame / Mademoiselle : .....

et sur base de mon examen clinique :

- L'avoir trouvé(e) indemne de toute maladie contagieuse ou transmissible en évolution ou de tout signe décelable de maladie qui pourrait constituer un danger pouvant nuire à l'état de santé d'un mineur.
- Ne pas avoir trouvé de contre-indication à l'accueil d'enfants ou de jeunes.

Cachet du médecin

Fait à ..... le .....