Main dans la main et solidaires

Certificat médical annuel de non contre-indication

Je soussigné(e)

………………………………………………………………………………(1)

Docteur en médecine inscrit à l’ordre des médecins, certifie avoir examiné ce jour M./ Mme…………………………………………………………………………

Né(e) le …../…../ ………. Sexe ……………….

Demeurant …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….

Déclare qu’elle (il) est en bonne santé, n’avoir relevé aucun signe clinique à ce jour, ni dans les antécédents contre- indiquant l’autorisation d’eﬀectuer sans restriction une mission bénévole auprès d’enfants hospitalisés.

Le présent certificat, **valable pour l’année civile,** sauf maladie intercurrente ou épisode infectieux est remis en main propre à l’intéressé(e).

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date : Signature Cachet obligatoire

**(1) Information au médecin signataire**

**L’article L 1110-1 du code de la santé public prévoit que les associations intervenant en milieu hospitalier doivent veiller à la santé de leurs bénévoles. En application de cet article, la délivrance de ce certiﬁcat ne peut se faire qu’après « un examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d’une ou plusieurs aﬀections justiﬁant une contre-indication temporaire ou déﬁnitive à la présence auprès d’enfants hospitalisés.**

**La liste indicative de ces aﬀections ﬁgure au bas de ce certiﬁcat.**

**Il y a lieu d’informer le patient postulant à un bénévolat en milieu hospitalier des précautions à prendre pour se protéger et protéger les malades avec qui le bénévole sera en contact direct.**

 **Aﬀections rédhibitoires.**

**Pneumologie : Pathologie infectieuse. Toux persistante. ORL : Pathologie infectieuse, épisode infectieux.**

**Cardiologie : Pathologie cardiaque avec risque de syncope**

**Psychiatrie : Infection sévère, intermède dépressif, éthylisme chronique.**

**(2) MDMS**

**- Demande à ses bénévoles un certificat médical annuel de non-contre-indication de contact auprès des enfants à l’hôpital**

**- Recommande fortement (comme la Haute Autorité de Santé) la vaccination contre la grippe saisonnière, la coqueluche, la varicelle et l’hépatite B.**