CERTIFICAT MEDICAL 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 un an sauf maladie intercurrente ou épisode infectieux est remis en main propre à l’intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux (voir verso)

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.**

**L’informer des principes de précaution par vaccination : BCG, ROR, Coqueluche, Hépatite B, grippe.**

**Affections rédhibitoires.**

**Pneumologie : Pathologie infectieuse. Toux persistante.**

**ORL : Pathologie infectieuse, épisode infectieux.**

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

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