

NEW YORK STATE  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES  
**CERTIFICAT MÉDICAL POUR LES MEMBRES DU PERSONNEL,  
BÉNÉVOLES ET MEMBRES DU FOYER**  
Programmes de garde d'enfants

**Instructions :**

- Une signature est requise sur les DEUX PAGES de ce formulaire. Si le seul rôle est celui de membre du foyer, complétez uniquement la page recto.
- Seul un professionnel de la santé (médecin, assistant médical, infirmier praticien) peut remplir/signer la rubrique Condition médicale.
- **Un infirmier diplômé N'EST PAS autorisé à signer la rubrique Condition médicale, mais PEUT signer la rubrique Informations relatives au test tuberculinique.**
- Un professionnel de la santé peut utiliser un formulaire équivalent tant que les informations de ce formulaire y sont incluses.
- Consultez les instructions supplémentaires sur le test tuberculinique au dos.
- Veuillez **ÉCRIRE EN MAJUSCULES** clairement.

**J'atteste que je n'ai falsifié ni modifié aucune information contenue dans ce document. Je sais que l'envoi et/ou la détention de documents falsifiés ou modifiés peut constituer un crime. Outre le fait de constituer un délit passible de poursuites pénales, tout programme ayant soumis et/ou détenu lesdits documents peut se voir infliger des amendes par le Bureau des services à l'enfance et aux familles de l'État de New York, et/ou le refus ou la révocation d'un permis ou d'un agrément d'inscription.**

Nom du programme :	Numéro d'identification de l'établissement :
Nom de la personne :	Date de naissance : / /

<u>TYPE DE PROGRAMME :</u>	Crèche familiale, crèche collective, micro-crèche	Programmes de crèche, garderie en milieu scolaire, groupe bénéficiant d'une exemption légale	Tous les programmes
<u>FONCTION :</u>	<input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Remplaçant-e <input type="checkbox"/> Assistant-e <input type="checkbox"/> Membre du foyer (crèche collective/familiale)	<input type="checkbox"/> Directeur-riche <input type="checkbox"/> Enseignant-e de groupe <input type="checkbox"/> Assistant-e enseignant-e	<input type="checkbox"/> Employé-e <input type="checkbox"/> Bénévole

**Responsabilités habituelles des centres**

- Porter et prendre un enfant dans ses bras
- Contact étroit avec les enfants
- Surveillance directe des enfants
- Conducteur d'un véhicule
- Préparation des repas
- Travail de bureau
- Entretien de l'établissement
- Évacuation des enfants en cas d'urgence

---

**Section à remplir UNIQUEMENT par un professionnel de la santé**


---

**Condition médicale**

D'après les informations dont je dispose concernant la personne mentionnée ci-dessus, je constate :			
La présence de symptômes d'une maladie transmissible pouvant présenter un risque pour la santé et la sécurité des enfants du centre.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
La présence de troubles psychiatriques ou émotionnels diagnostiqués pouvant présenter un risque pour la santé et la sécurité des enfants du centre.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
La présence d'un état physique qui pourrait l'empêcher d'exercer les responsabilités de la crèche décrites ci-dessus.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A (uniquement si le rôle est celui d'un bénévole ou d'un membre du foyer)
<b>Si « OUI », préciser et/ou indiquer les restrictions :</b>			

Signature (médecin, assistant médical, infirmier praticien)

Fonction

Nom (Veuillez ÉCRIRE EN MAJUSCULES clairement ou utiliser un tampon)

Date de l'examen

( ) -

/ /

Téléphone :

Date de la signature :

