

CERTIFICAT MÉDICAL DÉLIVRÉ AUX PARENTS NOURRICIERS SELON L'ORDONNANCE FÉDÉRALE SUR LE PLACEMENT D'ENFANTS

*Etablissement du Certificat médical dans le cadre d'une procédure d'autorisation d'accueil d'enfants
avec hébergement*

L'Ordonnance sur le placement d'enfants (OPE) précise dans son article 5 al.1¹ que l'autorité de surveillance, chargée de vérifier les conditions d'accueil, se doit de requérir des informations relatives au milieu d'accueil, dont celles **sur l'état de santé des requérants désirant accueillir des enfants.**

Nous vous faisons parvenir dès lors un **questionnaire de santé destiné à l'usage exclusif du médecin traitant** (joint en annexe) vous permettant d'établir le certificat médical demandé ci-après.

Médecin traitant

Dr / Dresse :

Adresse :

Téléphone :

Patient

M/Mme :

Né•e le :

Adresse :

Patient suivi depuis :

Le•la patient•e susnommé•e souffre-t-il•elle d'affection :

	Non	Oui
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

¹ *L'autorisation ne peut être délivrée que si les qualités personnelles, les aptitudes éducatives, l'état de santé des parents nourriciers et des autres personnes vivant dans le ménage, et les conditions de logement offrent toute* garantie que l'enfant placé bénéficiera de soins, d'une éducation et d'une formation adéquats et que le bien-être des autres enfants vivant dans la famille sera sauvegardé (OPE art.5 al.1).*

Je soussigné/e confirme que l'état de santé du patient ou de la patiente susmentionné/e permet la prise en charge d'un enfant dans le cadre d'un placement avec hébergement conformément à l'art. 5 de l'Ordonnance fédérale sur le placement d'enfants (OPE).

Oui

Non

Oui, avec réserve(s)

Si réserve(s) émise(s), lesquelles :

.....

.....

.....

.....

Lieu et date :

Signature et timbre du médecin :

Les déclarations du médecin peuvent avoir une incidence sur la protection des intérêts supérieurs de l'enfant. Par sa signature, le soussigné engage sa responsabilité.

**QUESTIONNAIRE POUR L'ÉTABLISSEMENT
DU CERTIFICAT MÉDICAL FAMILLE D'ACCUEIL**

Ce document reste en main du médecin traitant ou de famille

La personne souffre-t-elle d'un des problèmes de santé suivants :

Maladie infectieuse chronique oui non
Si oui, laquelle et depuis quand ?

.....

Maladie interne, risque d'invalidité oui non
Si oui, laquelle et depuis quand ?

.....

Infirmité motrice oui non
Si oui, laquelle et depuis quand ?

.....

Maladie du système nerveux oui non
Si oui, laquelle et depuis quand ?

.....

Affection oncologique oui non
Si oui, laquelle et depuis quand ?

.....

Affection immunologique (HIV, hépatite B, etc.) oui non
Si oui, laquelle et depuis quand ?

.....

Autre maladie ou traumatisme, risque d'invalidité oui non
Si oui, laquelle et depuis quand ?

.....

Dépendances oui non

	Depuis quand ?	Traitement en cours	Traitement terminé
<input type="checkbox"/> Trouble alimentaire			
<input type="checkbox"/> Alcool			
<input type="checkbox"/> Médicaments			
<input type="checkbox"/> Stupéfiants			
<input type="checkbox"/> Autre			

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

Affection psychique oui non

	Depuis quand ?	Traitement en cours	Traitement terminé
<input type="checkbox"/> Episode dépressif			
<input type="checkbox"/> Autre			

Soigné de manière ambulatoire :

Soigné en milieu hospitalier :

Le candidat a-t-il été victime d'accident grave ? oui non

Si oui, quand ?

.....

Séquelle(s) éventuelle(s) physique(s) ou psychique(s) ?

.....