



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service de l'enfance et de la jeunesse SEJ  
Jugendamt JA

Secteur des milieux d'accueil  
Sektor familienexterne Betreuung

T +41 26 305 15 30  
www.fr.ch/sej

<b>FORMULAIRE POUR L'ETABLISSEMENT DU CERTIFICAT MEDICAL POUR LE PERSONNEL DES STRUCTURES D'ACCUEIL EXTRA-FAMILIAL DE JOUR</b>
--

L'Ordonnance sur le placement d'enfants (OPE) prescrit que l'autorisation ne peut être délivrée que lorsque l'état de santé des collaborateurs/trices leur permet d'assumer leur tâche (art. 15, al. 1 let. b OPE). Il est de la responsabilité de la structure extrafamilial de jour de s'assurer de l'état de santé des collaborateurs/trices engagé-e-s.

Pour ce faire, le SEJ a établi ce questionnaire sur lequel le médecin traitant ou de famille peut se baser pour rendre son certificat. La finalité étant de s'assurer qu'il n'y ait aucune incompatibilité entre l'état de santé physique et psychique de l'employé/e de la structure et la prise en charge des enfants.

Formulaire, questionnaire et certificat médical sont à remplir par le médecin traitant ou de famille du/de la requérant/e. **Le formulaire et le certificat médical sont à retourner au / à la patient(e).**  
**Le questionnaire reste en main du médecin.**

Nom du médecin traitant:

.....

Adresse:

.....

.....

Téléphone: .....

Etabli au nom de: .....

Né(e) le: .....

Travaillant auprès de la structure : .....

Depuis quand connaissez-vous votre patient/e? : .....

Date du dernier examen médical: .....

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**(ETABLI PAR LE MEDECIN)**

Le présent certificat médical est destiné à la structure extrafamiliale de jour qui doit garantir que l'état de santé des collaborateurs/trices leur permet d'assumer les tâches qui leurs sont confiées, conformément à l'article 15 al. 1 let. b de l'Ordonnance sur le placement d'enfants.

**Le médecin soussigné a examiné Monsieur/Madame,**

Nom: .....

Prénom : .....

Adresse: .....

Date de naissance: .....

L'examen médical a porté sur les éléments suivants :

- maladies infectieuses chroniques, maladies internes invalidantes, infirmités motrices, maladies du système nerveux, affections oncologiques, affections immunologiques (HIV, hépatite B, etc.), autres maladies ou traumatismes invalidants ;
- dépendances (alcool, troubles alimentaires, médicaments, stupéfiants, cures de désintoxication ;
- affections psychiques ;
- accidents graves ayant des conséquences sur l'état de santé global.

**Bilan**

Après analyses des résultats, le médecin traitant atteste :

- que l'état de santé global est bon et que le/la patient(e) ne présente aucune pathologie physique ou psychique incompatible avec l'accueil d'enfants. ☐
- que l'état de santé global est bon, mais émet certaines réserves dans le cadre d'un projet d'accueil d'enfants ☐
- que l'état de santé global n'est pas bon et que le/la patient(e) présente une pathologie physique ou psychique incompatible avec l'accueil d'enfants ☐

Lieu et date : .....

Signature et timbre du médecin traitant : .....

<b>QUESTIONNAIRE POUR L'ETABLISSEMENT DU CERTIFICAT MEDICAL</b>
---

**1. la personne souffre-t-elle d'un des problèmes de santé suivants:**

- |   |  |     |     |
|---|--|-----|-----|
| - | maladie infectieuse chronique<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br><br>.....                          | oui | non |
| - | maladie interne, risque d'invalidité?<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br><br>.....                  | oui | non |
| - | infirmité motrice<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br><br>.....                                      | oui | non |
| - | maladie du système nerveux<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br><br>.....                             | oui | non |
| - | affection oncologique<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br><br>.....                                  | oui | non |
| - | affection immunologique<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br>(HIV, hépatite B, etc).<br><br>.....     | oui | non |
| - | autres maladies ou traumatismes, risque d'invalidité ?<br>si oui, laquelle et depuis quand?<br><br>..... | oui | non |

**2. Dépendances** oui non

	Depuis quand	Traitement en cours	Traitement terminé
Troubles alimentaires			
Alcool			
Médicaments			
Stupéfiants			
Autre			

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

**3. Affections psychique** oui non

	Depuis quand	Traitement en cours	Traitement terminé
Episodes dépressifs			
Autre			

- soignés de manière ambulatoire: .....

- soignés en milieu hospitalier: .....

**4. Le candidat a-t-il été victime d'accidents graves?** oui non

Si oui, quand?

.....

Séquelles éventuelles physiques ou psychiques?

.....

**Ce questionnaire reste en main du médecin traitant ou de famille.**