

**STAFF MEDICAL
FORM**



**CERTIFICAT MÉDICAL
DU PERSONNEL**

Name _____ Date of Birth

--	--	--	--

Nom _____ Date de naissance _____
Address _____
Adresse _____

Postal Code _____ Telephone _____
Code postal _____ Téléphone _____

Name of Day Care Facility _____
Nom de l'installation de garderie _____

Address _____
Adresse _____

I authorize Dr. _____ J'autorise le Dr. _____	Telephone _____ Téléphone _____
Address _____ Adresse _____	
Postal Code _____ Code postal _____	

to provide the Department of Education and Early Childhood Development with the following information. à fournir les renseignements suivants au ministère de l'Éducation et Développement de la petite enfance.

Date _____
Signature of Operator or Staff Person
Signature du responsable ou de l'employé(e)

FOR THE PHYSICIANS USE ONLY / À L'USAGE DU MÉDECIN SEULEMENT

The above-mentioned person has applied to become an operator or employee of a day care facility. In your opinion, are there any medical reasons that would prevent this person from operating or working in such a facility? (aptitudes, emotional, social stability)?

La personne mentionnée ci-dessus a postulé un emploi de responsable ou d'employé dans un service de garde. Y a-t-il à votre avis, un motif d'ordre médical pouvant l'empêcher de diriger une telle installation ou d'y travailler? (i.e. aptitudes, stabilité affective, sociale)?

Is this individual receiving medical treatment? If so, specify. Est-ce que cette personne reçoit un traitement médical? Si oui, en indiquer la nature.

How long have you known this person?
Depuis combien de temps connaissez-vous cette personne ? _____

Date of last medical examination _____
Date du dernier examen médical _____

Comments _____
Commentaires _____

Date _____ Physician's or Nurse Practitioner's Signature _____
Signature du médecin ou Infirmière Praticienne _____