

Certificat médical - Apadhe

*certificat à retourner **par mél** ou sous pli cacheté à l'adresse suivante :*

DSDEN du Rhône

Service de promotion de la santé en faveur des élèves

21 rue Jaboulay - 69007 LYON

Affaire suivie par : médecin conseiller technique adjoint

Service Promotion de la santé en faveur des élèves

Tél : 04 72 80 69 72 ou 04 72 80 69 80

ce.ia69-medecinct@ac-lyon.fr

Certificat médical initial prolongation

L'élève

Nom : Prénom : né (e) le :

Nom responsables légaux :

tél : mél:

Maladie actuelle

Nature de l'affection/diagnostic de la maladie :

.....

.....

L'enfant vient-il d'être opéré ? Non Oui

Si oui, préciser :

L'enfant vient-il d'être hospitalisé ? Non Oui

Si oui, préciser :

L'enfant suit-il un traitement médicamenteux ? Non Oui

Si oui, préciser :

Des soins spécifiques et/ou prises en charge adaptées sont-ils mis en place ? Non Oui

Si oui, préciser :

Conditions de mise en place du dispositif Apadhe

L'enfant est-il contraint à une obligation de rester à domicile ? Non Oui

Si oui, préciser :

Quelle est la durée estimée de l'Apdhe ?

Nom du médecin signataire de ce certificat :

Tél : mél :

Date : Signature et cachet