*A remplir par le médecin scolaire ou le médecin qui suit l’adolescent et à transmettre au chef d’établissement sous pli confidentiel en indiquant les nom, prénom et date de naissance de l’élève sur l’enveloppe.*

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

**Établissement scolaire en 2022/2023** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom, prénom de l’élève**:**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**

**Date de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Classe** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

À REMPLIR PAR LE MEDECIN

**1 – Nature de la pathologie et/ou du handicap (à détailler)**

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**2 – Nécessité de proximité des soins et/ou rythme des soins** **(à détailler)**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**3 – Contre-indications à (un ou plusieurs choix possibles) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPE DE SITUATION** | **CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES** |
| [ ]  | Station debout pénible | [ ]  | Activité en hauteur |
| [ ]  | Trouble de la communication | [ ]  | Présence d’allergènes respiratoires |
| [ ]  | Conduite d’engins | [ ]  | Présence d’allergènes de contact |
| [ ]  | Effort prolongé | [ ]  | Milieu humide |
| [ ]  | Gestion des situations à risque | [ ]  | Ambiance bruyante |
| [ ]  | Port de charge | Autre (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| [ ]  | Déplacement |
| [ ]  | Préhension – motricité fine |
| [ ]  | Utilisation matériel tranchant  |  |

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom, signature et cachet du Médecin :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.