

## **AVIS MÉDICAL POUR LA COMMISSION MÉDICALE PRÉ-PAM AFFELNET**

*A remplir par le médecin scolaire ou le médecin qui suit l'adolescent et à transmettre au chef d'établissement sous pli confidentiel*

### **A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR**

**Établissement scolaire en 2019/2020 :** .....

**Nom de l'élève :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance:** ..... **Classe :** .....

### **A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

##### **TYPE DE SITUATION**

- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| Station debout pénible          | <input type="checkbox"/> |
| Trouble de la communication     | <input type="checkbox"/> |
| Conduite d'engins               | <input type="checkbox"/> |
| Effort prolongé                 | <input type="checkbox"/> |
| Gestion des situations à risque | <input type="checkbox"/> |
| Port de charge                  | <input type="checkbox"/> |
| Déplacement                     | <input type="checkbox"/> |
| Préhension                      | <input type="checkbox"/> |

##### **CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES**

- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Activité en hauteur                 | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'allergènes respiratoires | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'allergènes de contact    | <input type="checkbox"/> |
| Milieu humide                       | <input type="checkbox"/> |
| Autre (à préciser) :                |                          |
| .....                               |                          |
| .....                               |                          |
| .....                               |                          |

#### **4 – Éléments d'appréciation complémentaires :**

.....  
.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature et cachet du Médecin :