

Avis médical pour la commission handicap-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 en indiquant les nom, prénom et date de naissance de l'élève sur l'enveloppe (transmission par courrier à la DSDEN)

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Établissement scolaire en 2020/2021:

Nom, prénom de l'élève :

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
- Trouble de la communication
- Conduite d'engins
- Effort prolongé
- Gestion des situations à risque
- Port de charge
- Déplacement
- Préhension

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

- Activité en hauteur
- Présence d'allergènes respiratoires
- Présence d'allergènes de contact
- Milieu humide
- Autre (à préciser):

4 – Eléments d'appréciation complémentaires :

Date :

Signature et cachet du Médecin :