

D-8 Dossier Médical

D-8.1 FICHE MÉDICALE D'APTITUDE

Cette fiche doit être remplie en 3 exemplaires

- un pour le médecin de l'Education nationale
- un pour le dossier
- un remis à la famille en vue de l'inscription dans l'établissement d'accueil

Cachet de l'établissement	ÉLÈVE	ORIENTATION ENVISAGÉE Technologique ou Professionnelle		
		Rang	Spécialités	Etablissement
	Nom :	Vœu 1		
	Prénom :			
	Date de naissance :	Vœu 2		
	Age <input type="text"/> <input type="text"/> ans <input type="text"/> <input type="text"/> mois			
Classe actuelle :	Vœu 3			

Je, soussigné(e), docteur :

déclare* :

- Qu'il n'y a pas de « contre-indication absolue » à l'orientation envisagée pour les vœux** (entourer le n° du ou des vœux concernés) **V 1 V 2 V 3**
- Qu'il y a « contre-indication absolue » à l'orientation envisagée pour les vœux** (entourer le n° du ou des vœux concernés) **V 1 V 2 V 3**
- Formuler des réserves sur les vœux** (Entourer le n° du ou des vœux concernés) **V 1 V 2 V 3**

(*) cocher la mention utile

Remarques du médecin :

.....

Fait à, le

Cachet et signature du médecin de l'éducation nationale ou du médecin de famille.

D-8.2 CONTRE-INDICATION MÉDICALE VERS L'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

À utiliser dans le cas de mise en évidence d'une contre-indication médicale sur un ou plusieurs vœux

Nom de l'élève :	<i>Cachet de l'établissement</i>
Prénom :	
Date de naissance :	
Classe :	

Votre enfant présente une contre-indication médicale absolue à l'orientation professionnelle choisie
(préciser ci-dessous le ou les vœux faisant l'objet de la contre-indication)

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

Date et signature du médecin de l'Education nationale

Réponse de la famille

(*) J'accepte de modifier les vœux et je choisis.

.....
.....

Je n'accepte pas de changer les vœux, mais j'ai pris connaissance de la contre-indication qui peut avoir des retentissements sur la vie professionnelle de mon enfant (*).

Date et signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'élève

(*) Cocher la mention utile

D-8.3 FICHE DE SAISINE DE LA COMMISSION MEDICALE

Document à renseigner par le médecin de l'éducation nationale.

Dans le cas d'une saisine de la commission départementale des cas médicaux, joindre à cette fiche une copie de la fiche médicale d'aptitude.

Nom de l'élève :	<i>Cachet de l'établissement</i>
Prénom :	
Date de naissance :	
Classe :	

MOTIF DE LA DEMANDE D'EXAMEN DU DOSSIER :

Contre-indication absolue * :

sur 1 ou plusieurs vœux (les préciser)

sur la totalité des vœux

La famille :

maintient ses vœux

accepte de modifier ses vœux (les préciser)

Élève en situation de handicap ou atteint de maladie grave

Demande de dérogation de secteur à l'entrée en 2de GT pour raisons médicales

Avis du médecin :

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

Pièces jointes* : oui, lesquelles :

non

Date, cachet et signature du médecin de l'EN

() cocher la mention utile*