

D-9 Dossier Médical

D-9 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

<i>Cachet de l'établissement</i>	ÉLÈVE	ORIENTATION ENVISAGÉE Technologique ou Professionnelle	
	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 :

certifie avoir examiné l'élève identifié(e) ci-dessus et 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

.....

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

D-9 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 relativement 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-9 3 FICHE DE SAISINE DE LA COMMISSION MEDICALE

*Document à renseigner par le médecin de l'Education 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*