

Fiche avis médical pour la commission pluridisciplinaire handicap-médicale

À remplir par le médecin scolaire ou le médecin qui suit l'adolescent.

À transmettre par la famille 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 2024/2025 :

Nom, prénom de l'élève :

Date de naissance : Classe :

Vœux de l'élève	
Vœu 1	
Vœu 2	
Vœu 3	
Vœu 4	
Vœu 5	

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

(à destination du médecin de la commission Handicap-médicale)

- 1- **Nature de la pathologie et/ou du handicap et retentissements** (à détailler, par exemple communication par LSF, langue des signes française, ou avec appui LFPC, langage français parlé complété, hypersensibilité sensorielle, ...):

- 2- **Nécessité de proximité des soins et/ou du domicile** (à détailler):

Fiche avis médical pour la commission pluridisciplinaire handicap-médicale

3- Avis du médecin sur les vœux formulés par l'élève et commentaires sur la pertinence des vœux au regard des limitations inhérentes à la maladie et/ou handicap :

Avis sur les vœux de l'élève	
Vœu 1	
Vœu 2	
Vœu 3	
Vœu 4	
Vœu 5	

3- Contre-indications concernant l'élève :

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 – motricité fine
- Utilisation matériel tranchant

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

- Activité en hauteur
- Présence d'allergènes respiratoires
- Présence d'allergènes de contact
- Milieu humide
- Ambiance bruyante

Autre (à préciser) :

Date :

Nom, signature et cachet du médecin