

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION SCOLAIRE

Ce certificat doit être rempli par votre médecin :

- lors de la constitution du dossier d'inscription précédant la rentrée scolaire (voir article II)
- lors de la 1^{re} rentrée dans un établissement nouveau (1^{re} inscription, changement d'établissement).

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève :

NOM :

Prénom :

né(e) le :

M ☐

F ☐

et atteste qu'après examen clinique :

il* elle* - ☐ présente * ☐ ne présente pas d'affection contre-indiquant la scolarité

il* elle* - ☐ présente * ☐ ne présente pas une contre-indication médicale à l'éducation physique et sportive en milieu scolaire (hors aptitude UNSS et sport de compétition, voir article II)

- si oui : contre-indication ☐ totale ☐ partielle *

- si partielle, précisez pour quelles activités :

- durée de la contre-indication :

les vaccinations obligatoires sont : ☐ réalisées ☐ non réalisées ☐ en cours de réalisation * (voir article III)

Dates des derniers vaccins (précisez le numéro du vaccin ou du rappel)

Diphtérie, coqueluche, polio, tétanos, hémophilus B :

Hépatite B :

R.O.R. :

B.C.G. :

I.D.R. :

L'élève sollicitant l'inscription à l'internat :

(voir article IV)

- ☐ présente * ☐ ne présente pas d'affection contre-indiquant la vie en internat

Observations :

Convocation de contrôle préalable à la rentrée (si demande)

date de rendez-vous :

L'élève sollicitant un enseignement professionnel

filière souhaitée

- présente * ☐ ne présente pas une contre-indication médicale

☐ totale *

☐ partielle *

☐ provisoire *

Si oui se reporter à l'article I

Date :

Identification du Médecin et signature