

**CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
ETABLI PAR LE MEDECIN SCOLAIRE OU LE MEDECIN TRAITANT**

(A joindre à la demande d'aménagements adressée au médecin désigné par la CDAPH – cf page 3 de la circulaire)

Coordonnées de l'élève

Nom, prénom : Etablissement fréquenté :

Né(e) le : Examen préparé :

Domicilié(e) à :

Je soussigné(é), Docteur

Atteste que l'élève :

Lequel/laquelle présente :

Une maladie chronique (préciser) :

Des séquelles d'accident (date de l'accident)

Limitation d'activité :

Un déficit sensoriel, moteur, ou cognitif connu (préciser) :

Un trouble psychique (préciser) :

Un trouble des apprentissages (préciser) :

Diagnostic posé depuis

Rééducation : en cours

antérieure (pendant combien de temps :))

Fait à , le

Cachet et signature du médecin scolaire
ou du médecin traitant