

**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)

Coordonnées de l'élève

Nom, prénom : .....

Né(e) le : .....

Domicilié(e) à : .....

.....

Établissement fréquenté .....

Examen préparé (à cocher)       Diplôme National du Brevet       Certificat de Formation Générale

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