

# 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 I)
- lors de la 1<sup>re</sup> rentrée dans un établissement nouveau (1<sup>re</sup> 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

\* rayer la ou les mentions inutiles  
ATTN : NOTICE EXPLICATIVE AU DOS