

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^{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

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