Avis médical pour la commission Pré-PAM Handicap-médicale Affelnet

A remplir par le médecin scolaire ou le médecin qui suit l'adolescent et à transmettre au chef d'établissement sous pli confidentiel en indiquant les nom, prénom et date de naissance de l'élève sur l'enveloppe.

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Établissement scolaire en 2022/2023 :

Nom, prénom de l'élève :

Date de naissance :

Classe :

À REMPLIR PAR LE MEDECIN

1 – Nature de la pathologie et/ou du handicap (à détailler)

2 – Nécessité de proximité des soins et/ou rythme des soins (à détailler)

3 – Contre-indications à (un ou plusieurs choix possibles) :

TYPE DE SITUATION

- Station debout pénible
- Trouble de la communication
- Conduite d'engins
- Effort prolongé
- Gestion des situations à risque
- Port de charge
- Déplacement
- Préhension – motricité fine
- Utilisation matériel tranchant

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

- Activité en hauteur
- Présence d'allergènes respiratoires
- Présence d'allergènes de contact
- Milieu humide
- Ambiance bruyante

Autre (à préciser) :

Date :

Nom, signature et cachet du Médecin :