

**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