

**CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
ETABLI PAR LE MEDECIN SCOLAIRE OU LE MEDECIN TRAITANT**

(A joindre sous pli confidentiel à la demande d'aménagements adressée au conseiller de coopération et d'action culturelle qui la transmettra au médecin désigné par l'autorité consulaire)

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