

ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE (Cir. n° 98-151 du 17/07/1998)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(Document à faire remplir par le médecin et joindre au dossier sous pli cacheté adressé à :
Docteur BILLIEMAZ - Direction des services départementaux de l'Education nationale - Centre Brunet BP
1011 26015 VALENCE Cedex)

NOM et PRENOM :
de l'élève

né(e) le :

Adresse de la famille :

Tél. :

Certificat médical établi par :

Docteur :

Adresse :

Tél. :

Date
Signature

ECOLE / ETABLISSEMENT SCOLAIRE :
..... Classe :

INAPTITUDE à la scolarité pour raison médicale

DATE du début de l'inaptitude :

DUREE certifiée de l'absence à l'école :

Sera-t-il envisagé une prolongation
pour raison médicale ?

DIAGNOSTIC principal :

→ DEFICIENCES MOTRICES et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR

a/ traumatisme

b/ troubles neurologiques

c/ autres : -- localisation

-- appareillage

-- station debout pénible

→ DEFICIENCES DU SYSTEME IMMUNITAIRE et HEMATOPOÏETIQUE

→ DEFICIENCES ENDOCRINIENNES, METABOLIQUES, ENZYMATIQUES

→ DEFICIT DE LA VISION

→ DEFICIT DE L'AUDITION

→ DEFICIT DE LA FONCTION RESPIRATOIRE

→ DEFICIENCES DE LA FONCTION OU DE LA SPHERE DIGESTIVE

→ DEFICIENCES DE LA FONCTION RENALE OU GENITO-URINAIRE

→ DEFICIENCES DU LANGAGE DE LA PAROLE ET DE L'ECRIT

→ DEFICIT ESTHETIQUE

→ DEFICIENCES PSYCHIQUES ET/OU INTELLECTUELLES

NATURE DES SOINS :

**RETENTISSEMENT DES DIFFICULTES DE L'ENFANT ET DES CONTRAINTES
THERAPEUTIQUES SUR LA VIE SCOLAIRE :**

AUTONOMIE

<i>Autonomie évaluée par rapport à celle d'une enfant du même âge, non déficient</i>	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale
■ se déplacer à l'intérieur : marche au fauteuil roulant			
■ se déplacer à l'extérieur			
■ utiliser les transports en commun non spécialisés			
■ contrôler l'excrétion urinaire			
■ contrôler l'excrétion fécale			