

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Document à faire remplir par le **médecin** et à envoyer sous pli cacheté adressé à
Madame le médecin conseiller technique – DSDEN de l'Isère
Cité administrative – rue Joseph Chanrion – 38032 Grenoble Cedex 1

A REMPLIR POUR MOTIF MEDICAL

NOM Prénom

Date de naissance

Adresse de la famille

.....

Téléphone

École / établissement scolaire

Classe

INAPTITUDE à la scolarité pour raisons médicales :

DATE du début de l'inaptitude

DURÉE prévisible de l'absence à l'école

DIAGNOSTIC :

NATURE des soins actuels

NOM du médecin

Date

Signature

AVIS DU MEDECIN CONSEILLER TECHNIQUE

Favorable

Défavorable

APADHE accordé duau.....

Nombre de séances par semaine :

Grenoble, le....., le médecin conseiller technique,