ACADÉMIE
DE MONTPELLIER
Liberté
Égalité
Fraternité

Certificat médical confidentiel
à compléter par le médecin traitant généraliste
ou spécialiste du patient

réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique
ou du médecin de prévention
en faveur des personnels de l'académie de Montpellier

document soumis au secret professionnel
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage…….…….. Prénom……..…

Nom de naissance……Date de naissance……...…

Adresse……..…..…
……..……
……..

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap :

Histoire de la ou des pathologies invalidantes :

Date de début des troubles :

Origine, circonstance d'apparition :

☐ compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle :

Evolution prévisible :

Traitements, prises en charges thérapeutiques :

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Prises en charge régulières :

☐ Hospitalisations itératives ou programmées

☐ Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non

☐ Autres prises en charges paramédicales régulières

☐ Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

Certificat médical établi le :

Signature et cachet du médecin