ACADÉMIE
DE MONTPELLIER
Liberté
Égalité
Fraternité

ANNEXE 2

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT GENERALISTE OU SPECIALISTE 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
A joindre au dossier sous enveloppe fermée

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 et évolution prévisible :

<u>Traitements, prises en charges thérapeutiques</u> :

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)

<u>Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient</u> :

<u>Certificat médical établi le</u> :

Signature et cachet du médecin