

**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 :



ACADÉMIE
DE MONTPELLIER

Liberté
Égalité
Fraternité

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