

Formulaire certificat médical confidentiel

**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 l'académie de Nice**

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 (diagnostic, date de début des troubles,
évolution) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ Examens complémentaires joints à la demande :

☐ Compte(s) rendu(s) hospitaliers joints à la demande :

Description clinique actuelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements, prises en charges thérapeutiques

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

.....

.....

Prise en charge régulières

☐ Hospitalisations itératives ou programmées

☐ Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non

☐ Autres prises en charges paramédicales régulières

☐ Autre (préciser) :

.....

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

.....

.....

Certificat médical établi le :

Signature et cachet du médecin