

# AVIS MÉDICAL POUR LA COMMISSION MÉDICALE PRÉ-PAM AFFELNET

*A remplir par le médecin scolaire ou le médecin qui suit l'adolescent et à transmettre au chef d'établissement sous pli confidentiel*

### A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Établissement scolaire en 2018/2019 : .....

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Date de naissance: ..... Classe : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN

#### 1 – Nature de la pathologie et/ou du handicap (à détailler)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### 2 – Nécessité de proximité des soins et/ou rythme des soins (à détailler)

.....  
.....  
.....  
.....

#### 3 – Contre-indications à (un ou plusieurs choix possibles) :

##### TYPE DE SITUATION

- Station debout pénible
- Trouble de la communication
- Conduite d'engins
- Effort prolongé
- Gestion des situations à risque
- Port de charge
- Déplacement
- Préhension

##### CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

- Activité en hauteur
- Présence d'allergènes respiratoires
- Présence d'allergènes de contact
- Milieu humide
- Autre (à préciser) :  
.....  
.....  
.....

#### 4 – Eléments d'appréciation complémentaires :

.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature et cachet du Médecin :