



RÉGION ACADÉMIQUE  
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

## 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  
prévention en faveur des personnels 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 autre élément utile à l'examen de la demande du patient : .....**

.....

.....

**Certificat médical établi le .....**

**Signature et cachet du médecin**