



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