

**ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE (Cir. n° 98-151 du 17/07/1998)**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

(Document à faire remplir par le médecin et joindre au dossier sous pli cacheté adressé à :  
Docteur BILLIEMAZ - Direction des services départementaux de l'Education nationale - Centre Brunet BP  
1011 26015 VALENCE Cedex)

NOM et PRENOM :  
de l'élève

né(e) le :

Adresse de la famille :

Tél. :

**Certificat médical établi par :**

Docteur :

Adresse :

Tél. :

Date  
Signature

**ECOLE / ETABLISSEMENT SCOLAIRE :** .....  
..... Classe : .....

**INAPTITUDE à la scolarité pour raison médicale**

DATE du début de l'inaptitude : .....

DUREE certifiée de l'absence à l'école : .....

Sera-t-il envisagé une prolongation  
pour raison médicale ? .....

**DIAGNOSTIC principal :**

→ DEFICIENCES MOTRICES et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR

**a/** traumatisme

**b/** troubles neurologiques .....

**c/** autres : -- localisation .....

-- appareillage .....

-- station debout pénible .....

→ DEFICIENCES DU SYSTEME IMMUNITAIRE et HEMATOPOÏETIQUE

→ DEFICIENCES ENDOCRINIENNES, METABOLIQUES, ENZYMATIQUES

→ DEFICIT DE LA VISION

→ DEFICIT DE L'AUDITION

→ DEFICIT DE LA FONCTION RESPIRATOIRE

→ DEFICIENCES DE LA FONCTION OU DE LA SPHERE DIGESTIVE

→ DEFICIENCES DE LA FONCTION RENALE OU GENITO-URINAIRE

→ DEFICIENCES DU LANGAGE DE LA PAROLE ET DE L'ECRIT

→ DEFICIT ESTHETIQUE

→ DEFICIENCES PSYCHIQUES ET/OU INTELLECTUELLES

**NATURE DES SOINS :** .....

**RETENTISSEMENT DES DIFFICULTES DE L'ENFANT ET DES CONTRAINTES  
THERAPEUTIQUES SUR LA VIE SCOLAIRE :**

### **AUTONOMIE**

<i>Autonomie évaluée par rapport à celle d'une enfant du même âge, non déficient</i>	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale
■ se déplacer à l'intérieur : marche au fauteuil roulant			
■ se déplacer à l'extérieur			
■ utiliser les transports en commun non spécialisés			
■ contrôler l'excrétion urinaire			
■ contrôler l'excrétion fécale			