

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

*Document à faire remplir par le **médecin** et à envoyer sous pli cacheté adressé au*
Service santé des élèves
DSDEN de la Drôme
Place Louis Le Cardonnell
BP 1011
26015 VALENCE CEDEX
ce.dsden26-sante@ac-grenoble.fr

A REMPLIR POUR MOTIF MEDICAL

NOM Prénom

Date de naissance

Adresse de la famille

.....

Téléphone

École / établissement scolaire

Classe

INAPTITUDE à la scolarité pour raisons médicales :

DATE du début de l'inaptitude

DURÉE prévisible de l'absence à l'école

DIAGNOSTIC :

NATURE des soins actuels

NOM du médecin

Date

Signature