

BILAN MÉDICAL RENTRÉE 2026

La demande concerne (cocher) : **AFFELNET LYCÉE POST 3^e** **AFFELNET LYCEE POST 2^{de}**

- **À remplir** par le médecin scolaire de l'établissement d'origine de l'élève, instructeur du dossier,
- **À envoyer** à l'attention du médecin - conseiller technique de la DSDEN **sous pli confidentiel**.

Date :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Nom - Prénom :
Date de naissance :
Adresse de l'élève :
Adresse des représentants légaux :
Etablissement d'origine :

Rang du vœu	Formation : - 2 ^{de} générale et technologique - 2 ^{de} professionnelle - 1 ^{re} année de CAP - 1 ^{re} générale - 1 ^{re} professionnelle - 1 ^{re} technologique Précisez la série et/ou la spécialité, l'établissement et la ville	AVIS MÉDICAL SUR LES AFFECTATIONS SOUHAITÉES	
		Ne présente pas de contre-indication apparente	Contre-indication
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

AVIS DU MÉDECIN SCOLAIRE

- Y a-t-il une contre-indication formelle à la formation professionnelle demandée ?
OUI **NON**

- Y aurait-il d'autres contre-indications qui pourraient porter sur d'autres formations ?

- L'élève a-t-il un motif d'être affecté dans un établissement particulier (suivi médical, accessibilité, transport...)?
OUI **NON**

Pour toute précision complémentaire, merci de joindre **une lettre explicative**, confidentielle, à l'intention du médecin de la commission.

NOM et prénom du médecin scolaire :

Établissement :

Décision de la commission :

Date :