

Cité administrative
15 bis rue Dupetit-Thouars
49047 ANGERS CEDEX 01

Tél. : 02-41-74-35-76

Télécopie : 02-41-74-35-22

COMMISSION DEPARTEMENTALE D'ORIENTATION vers les Enseignements Adaptés du Second Degré

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom de l'élève :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Etablissement fréquenté :

Classe ou cours suivi :

Feuillet rédigé

Par :

Qualité :

Date :

Tél :

Antécédents : Familiaux.....

Personnels.....

Situation familiale.....

Examen somatique

Etat général :

.....

.....

Poids : Taille :

Vision : Acuité sans correction : .OD : OG :

Acuité après correction : OD : OG :

Vision des couleurs :

Audition :

Développement psychomoteur :

.....

Appareil moteur :

.....

Autres observations :

.....

Si le jeune présente un handicap :

Nature du handicap principal :

.....

Handicaps associés éventuellement :

RENSEIGNEMENTS médicaux - P 1 sur 2 - Nom et prénom de l'élève DATE :

Aptitudes ou contre-indications

en relation à des conditions de vie, de climat, de scolarité,
en relation à des ateliers professionnels

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aménagements souhaitables ou mesures déjà prises

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Examens complémentaires et avis des spécialistes consultés

Si le jeune est suivi par un spécialiste : indiquer la nature du suivi et l'avis du spécialiste
ainsi que l'impact de ce suivi en relation à la scolarité

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Souhait de la famille :

.....

.....

.....

.....

Souhait de l'élève :

.....

.....

.....

Signature :.....