



Année scolaire /

Certificat médical à remplir par le médecin de famille

pour les élèves des classes de Petite Section

(À rendre sous pli fermé)

À l'attention du service médical du Collège,

Je soussigné(e)

Certifie, après examen, que

Prénom Nom Classe

Date de naissance Groupe sanguin avec rhésus

Prénom du père Prénom de la mère

est en parfait état de santé et ne présente aucune maladie contagieuse ni invalidante.

souffre de

Dates des dernières vaccinations : (veuillez joindre une copie du carnet de vaccination)

- Diphtérie, tétanos et polio :
- ROR :
- Hépatite B :

Antécédents et examen clinique

1. Antécédents médicaux :

.....

2. Antécédents psychologiques (TDA ou autre) :

.....

3. Antécédents chirurgicaux (Nature de l'intervention chirurgicale) :

.....

4. Maladie chronique ou traitement à long terme actuellement suivi (diabète, épilepsie, favisme...)

.....

5. Allergie(s)

Médicamenteuse Cutanée

Alimentaire Respiratoire

Autre(s)

Si oui, veuillez joindre un rapport médical avec les consignes à suivre en cas de crise.

6. Examen clinique :

Poids Taille Examen de l'abdomen

Ex. ophtalmologique Ex. de l'audition

Appareil cardio vasculaire

- souffle cardiaque
- troubles du rythme

Appareil respiratoire

Appareil locomoteur (scoliose, cyphose...)

Pour les garçons : Examen pour l'élimination des risques de pathologies testiculaires

7. Aptitude au sport

Apte

Inapte

Temporairement (durée)

Définitivement

Raisons

Prière de joindre un rapport médical du médecin détaillant le cas.

Date :

Signature et cachet du médecin