

**Certificat médical confidentiel  
à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient**

**réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du médecin de prévention en  
faveur des personnels de l'académie de Montpellier**

document soumis au secret professionnel  
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....

**Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap :**

**Histoire de la ou des pathologies invalidantes :**

Date de début des troubles :

Origine, circonstance d'apparition :

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser) :

**Description clinique actuelle :**

Evolution prévisible :

**Traitements, prises en charge thérapeutiques :**

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Prises en charge régulières :

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charge paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

**Certificat médical établi le :**

Signature et cachet du médecin :