

Certificat médical pour la mise en œuvre d'un APADHE

A remplir par le personnel médical¹ assurant le suivi médical de l'élève ou étudiant et
à transmettre au chef d'établissement

Certificat : ☐ Initial ☐ Prolongation

Je soussigné(e),

Docteur en médecine/ personnel médical diplômé d'Etat, certifie avoir examiné :

Nom, prénom :

Date de naissance :

Domicilié à :

Et déclare que l'état de santé de

☐ ne lui permet pas de suivre un parcours de formation à temps plein ou de manière continue au sein de l'établissement ;

☐ rend possible la mise en œuvre d'un APADHE dans les conditions suivantes :

Pour une durée estimée à :

¹ Il faut entendre par personnel médical, tout personnel médical diplômé d'Etat agréé et habilité à signer un certificat médical. Pour une grossesse, par exemple, il peut s'agir d'un personnel sage-femme diplômé d'Etat.

Nom et coordonnées du personnel médical ayant rempli ce certificat médical

Nom :

Adresse :

Tél/mail :

Cachet:

Date et signature :