

DEMANDE D'AVIS MEDICAL
Suite à l'évaluation des compétences des élèves de grande section de
maternelle

A adresser au : **CENTRE MEDICO SCOLAIRE**

Ou par mail :

Ecole / Etablissement :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

MOTIF DE LA DEMANDE :

Cette demande doit être accompagnée de la fiche renseignements pédagogiques

Actions déjà menées :

Prise en charge RASED

écrit en protection de l'enfance (CCIP, procureur)

Suivi extérieur

Si oui lequel :

Psy EN rencontré

Equipe éducative

La famille est-elle informée que l'avis du médecin de l'Education Nationale a été sollicité ?

Oui Non

Si non, pourquoi :

Si oui la famille est-elle favorable : Oui Non

Nom des responsables légaux :

Tél de la famille :

Mail de la famille :

Date :

Nom et signature :

