

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

☐ Ecrit en protection de l'enfance (CCIP, procureur)

☐ Dépistage DPL3 (CPAM ou Normandie Pédiatrie)

☐ Suivi extérieur

☐ Psy EN rencontré

☐ Equipe éducative

Si oui lequel :

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 :

Visite médicale de la sixième année
Réponse à la demande d'avis médical
(A adresser au directeur de l'Ecole)

Un rendez-vous a été proposé à la famille de :

Par le Dr

Le :

Famille présente : oui ☐ non ☐

En conclusion de la consultation :

- A ce jour, pas d'élément d'inquiétude sur le plan médical ☐
- Soins et ou rééducations déjà en place, à poursuivre ☐
- Orientation vers des bilans complémentaires
(en complément de toutes aides pédagogiques) ☐
- Une équipe éducative paraît souhaitable ☐

En vous remerciant de votre collaboration.

Très cordialement.

Date : _____ Signature : _____