



BILAN MÉDICAL

Élèves s'inscrivant pour raison de santé

À retourner, ou non, avec la fiche d'inscription, sous pli cacheté, avec la mention « confidentiel secret médical », à l'adresse ~~xxxxxxx~~ : Au médecin référent de votre académie

~~XXXX~~
~~XXXXXXXXXX~~
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
~~10151 MONT SAINT AIGNAN CEDEX FRANCE~~
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

Le présent document est à compléter par un **médecin scolaire** ou par un **médecin spécialiste** de la maladie de l'enfant. Les éléments fournis dans le cadre de ce bilan (dont la communication est facultative) ont vocation à organiser au mieux la scolarité de l'élève au regard de son état de santé. L'absence de communication de ces éléments est susceptible de ne pas permettre au Cned d'organiser de façon la plus adaptée possible cette scolarité.

► Affaire suivie par le médecin ~~du CNED~~ : ~~XXXXXX~~
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ de votre académie
~~XXXX~~
~~XXXXXXXXXX~~
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
~~XXXXXXXXXXXXXXXX~~
Adresse électronique :
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

L'ÉLÈVE

Nom _____
Prénoms _____
Sexe M F Date de naissance _____ Lieu de naissance _____
Nationalité _____ Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Téléphone _____ Adresse électronique _____ @

MALADIE ACTUELLE

L'état de santé de l'enfant est-il vraiment incompatible avec un enseignement présentiel ? Oui Non
poids _____ taille _____
Nature de l'affection de l'élève (classification (CIM10)) : _____
Si oui, quels sont les principaux signes actuellement de l'affection susceptibles d'avoir un impact sur le suivi d'une scolarité à distance ? _____

TRAITEMENT

Le traitement est-il suivi par l'élève en dehors de son domicile ? Oui Non

Ce traitement, au regard de sa durée, et/ou de ses effets, peut-il avoir un impact sur le suivi de la scolarité à distance de l'élève ? Oui Non

Si oui, un travail scolaire, même ralenti, sera-t-il quand même possible ? Oui Non

Où l'enfant séjournera-t-il habituellement pendant l'année scolaire ? Domicile Hôpital ou structure médicalisée

L'année scolaire sera-t-elle interrompue par un acte thérapeutique rendant impossible tout suivi de scolarité ? Oui Non

Si oui, pendant combien de temps ? _____

PRONOSTIC CONCERNANT UN RETOUR EN PRÉSENTIEL

La réintégration dans un établissement traditionnel (collège ou lycée) est-elle envisageable à court terme, ou pour la prochaine rentrée scolaire ? Oui Non

Cette réintégration est-elle souhaitable pour l'enfant ? Oui Non

Une convention de scolarité partagée est-elle envisagée ? Oui Non

RÉCEPTIVITÉ DE L'ÉLÈVE A L'ACTE ÉDUCATIF

Qualité de :	- l'attention	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
	- la concentration	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
	- la compréhension	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
	- la mémorisation	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise

Existe-t-il :	- une fatigabilité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- une lenteur intellectuelle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- une lenteur physique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- des troubles du langage écrit ? (DO, dyspraxie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- des troubles du langage oral ? (DL, dysphasie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL

L'élève effectue-t-il son travail scolaire dans une posture contraignante (allongée, semi-assise, etc.) ? Oui Non

L'élève est-il gêné ou ralenti pour réaliser les deux temps importants de la scolarité à distance : lecture et écriture ?

Oui Non

ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE

Votre jeune patient relève-t-il de la MDPH ? Oui Non

Remarques complémentaires éventuelles _____

Nom du médecin signataire de ce bilan _____

Tél. _____

Adresse _____

Adresse électronique _____ @ _____

Date _____

Accord et signature de l'inscrit majeur,
ou de ses représentants légaux s'il est mineur

Signature et cachet obligatoires

Signature obligatoire

(Conformément aux articles 27 et 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant et d'un droit de rectification qui s'exerce auprès du CNED, directeur commercial, Téléport 2 - 2 boulevard Nicéphore Niepce - BP 80300 - 86963 Futuroscope Chasseneuil Cedex.)