

CERTIFICAT MEDICAL

Année scolaire 2022/2023

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Classe :

Je soussigné, docteur....., atteste que

ne présente pas, à ce jour et dans les limites de l'interrogatoire et de mon examen clinique, une ou plusieurs des affections listées ci-dessous relatives à la classe

présente, à ce jour et dans les limites de l'interrogatoire et de mon examen clinique, la ou les affection(s) listée(s) ci-dessous relatives à la classe

Pour faire ce que de droit.
Cachet du médecin

Le
Signature du médecin

Liste des contre-indications

	<i>Affection colonne vertébrale sérieuse</i>	<i>Affection rénale sérieuse, albuminurie permanente</i>	<i>Allergie poussière métalliques</i>	<i>Déficience auditive grave</i>	<i>Epilepsie</i>	<i>Mouvements non maîtrisés des gestes (permanent ou temporaire)</i>	<i>Habileté manuelle réduite</i>	<i>Station debout prolongée pénible</i>	<i>Vision du relief très déficiente (borgne)</i>	<i>Vue déficiente importante</i>	<i>Vision des couleurs déficientes</i>
3PM, Bac Pro MEI ou MSPC, Bac Pro Métallerie ou MCD	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
Bac pro MNTE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bac pro Froid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Bac pro SN						X	X				X
Bac pro MELEC	X				X	X	X			X	X
Bac STI2D	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X

En cas de difficulté, il est toujours possible de prendre contact par téléphone avec le lycée