



## CERTIFICAT MEDICAL

Année scolaire 2024/2025

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>Habilité manuelle réduite</i>	<i>Station debout prolongée pénible</i>	<i>Vision du relief très défectueuse (borgne)</i>	<i>Vue déficiente importante</i>	<i>Vision des couleurs défectueuses</i>
3PM, Bac Pro 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 MFER	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Bac pro CIEL ou 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**