



CERTIFICAT MEDICAL

Année scolaire 2026/2027

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

	Affection colonne vertébrale sérieuse	Affection rénale sérieuse, albuminurie permanente	Allergie poussière métalliques	Déficience auditive grave	Epilepsie	Mouvements non maîtrisés des gestes (permanent ou temporaire)	Habileté manuelle réduite	Station debout prolongée pénible	Vision du relief très défectueuse (borgne)	Vue déficiente importante	Vision des couleurs défectueuses
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