



FICHE DE PRECONISATIONS MEDICALES

En vue de l'orientation des élèves

NOM:..... Prénom :
Date de naissance:..... Sexe : F ou M
Etablissement scolaire fréquenté:..... Classe de:.....

Pas de contre-indication médicale connue à l'orientation pour l'
Elève nécessitant des préconisations médicales en raison des éléments de santé connus aux
facteurs de risques suivants:

Préconisations médicales (cocher si nécessaire)

A	Travail en hauteur ou Travail isolé	<input type="checkbox"/> contre indication absolue <input type="checkbox"/> Avis médical spécialisé	<input type="checkbox"/> pas de contre indication avec aménagement
B	Station debout prolongée	<input type="checkbox"/> contre indication absolue <input type="checkbox"/> Avis médical spécialisé	<input type="checkbox"/> pas de contre indication avec aménagement
C	Exposition aux allergènes suivants	<input type="checkbox"/> contre indication absolue <input type="checkbox"/> Avis médical spécialisé	<input type="checkbox"/> pas de contre indication avec aménagement
D	Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/> contre indication absolue <input type="checkbox"/> Avis médical spécialisé	<input type="checkbox"/> pas de contre indication avec aménagement
E	Travail avec contraintes physiques fortes	<input type="checkbox"/> contre indication absolue <input type="checkbox"/> Avis médical spécialisé	<input type="checkbox"/> pas de contre indication avec aménagement
F	Travail sur un poste de sécurité	<input type="checkbox"/> contre indication absolue <input type="checkbox"/> Avis médical spécialisé	<input type="checkbox"/> pas de contre indication avec aménagement
G	Autre risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	Déficit sensoriel	malvoyance (dont le taux IPP>50%) surdité (dont le taux IPP>50%)	<input type="checkbox"/> cécité monoculaire ou altération du CV <input type="checkbox"/> dyschromatopsie
Nbre de cases cochées		
Remarques (<i>ne pas saisir</i>)		<input type="checkbox"/> port de verres correcteurs nécessaire	
		<input type="checkbox"/> port d'appareil auditif nécessaire	
		<input type="checkbox"/> une inaptitude partielle ou totale à la pratique de l'E.P.S. (prendre RDV avec le médecin scolaire pour le certificat d'inaptitude au sport)	
		<input type="checkbox"/> nécessite un suivi médico-scolaire particulier	
		<input type="checkbox"/> selon la réglementation en vigueur en Polynésie Française, il présente présente des vaccinations <input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour	

Fait le.....

Dr.....

Signature:

(Cachet)