

**CONCLUSIONS MÉDICALES
POUR UNE AFFECTATION EN VOIE PROFESSIONNELLE**

12-2

DOCUMENT CONFIDENTIEL

ETABLISSEMENT	
Nom :	
Adresse :	
.....	
.....	
L'ÉLÈVE	
Nom : Prénom :	
Date de naissance :/...../.....	
Adresse :	
.....	
.....	
Dernière classe fréquentée en 2016-2017 (précisez si SEGPA, ULIS...) :	
APTITUDES	
<input type="checkbox"/> Ne présente aucune contre-indication, ni inaptitude quelle que soit l'orientation choisie	
<input type="checkbox"/> Ne présente pas d'interdiction de travailler sur des machines dangereuses	
DETERMINATION DES CONTRE-INDICATIONS	
<input type="checkbox"/> Travaux sur machines dangereuses, <input type="checkbox"/> Travaux en hauteur, <input type="checkbox"/> Position assise prolongée, <input type="checkbox"/> Position debout prolongée, <input type="checkbox"/> Port de charges lourdes, <input type="checkbox"/> Produits toxiques ou allergisants respiratoires, <input type="checkbox"/> Produits toxiques ou allergisants cutanés, <input type="checkbox"/> Métiers nécessitant une bonne vision des couleurs, <input type="checkbox"/> Métiers nécessitant une bonne vision binoculaire, <input type="checkbox"/> Métiers exposant aux bruits, <input type="checkbox"/> Métiers exposant aux vibrations, <input type="checkbox"/> Métiers en contact avec le public, <input type="checkbox"/> Métiers en contact avec les enfants, <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	
OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES	
<input type="checkbox"/> Concertation avec un COP souhaitée <input type="checkbox"/> Avis spécialisé demandé	<p>Du médecin conseiller technique départemental</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable, exclusif <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> Non exclusif selon la pathologie</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Nom et signature :</p>