



**Certificat médical confidentiel  
à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient  
CE DOCUMENT DOIT ETRE JOINT AU DOSSIER SOUS ENVELOPPE  
FERMEE**

**réservé à l'usage exclusif du médecin du travail  
en faveur des personnels de l'académie de Montpellier**

document soumis au secret professionnel  
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage.....Prénom.....

Nom de naissance.....Date de naissance.....

Adresse.....

.....

.....

**Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap**

**Histoire de la ou des pathologies invalidantes**

Date de début des troubles :

Origine, circonstance d'apparition :

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle :

Evolution prévisible :

### Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Prises en charge régulières

Hospitalisations itératives ou programmées

Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non

Autres prises en charges paramédicales régulières

Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

Certificat médical établi le

Signature et cachet du médecin