Année scolaire : ……………….

**Avis médical d’aptitude de reconduction**

**de la demande de dérogation aux travaux réglementés pour les élèves mineurs de 2ème et 3ème année ayant déjà bénéficié d’une visite médicale initiale en 1ère année.**

|  |
| --- |
| A remplir par le chef d’établissement  Etablissement :  Filière :  Classe :  Nom de l’élève :  Prénom :  Date de naissance : |

Je soussignée , Docteur en médecine, médecin Éducation nationale, certifie avoir statué sur dossier, compte tenu :

* de la visite médicale initiale
* des renseignements médicaux fournis par les représentants légaux le :

L’élève :

* Est :

❒ apte

❒ inapte temporaire jusqu’au :

❒ inapte définitif

❒ apte sur poste adapté (précisez)

à suivre la formation professionnelle :

qui nécessite d’affecter l’élève à des travaux réglementés.

Le :

Signature et cachet du médecin

Un double de cet avis est remis aux parents