## Avis médical (médecin et / ou infirmier·e) pour la demande d’admission en dispositif Nouvelles chances

*(à remplir par médecin et / ou l’infirmier·e de l’établissement et à transmettre au service médical en faveur des élèves, à l’attention de la CT siégeant en commission :* [*ce.93medical@ac-creteil.fr*](mailto:ce.93medical@ac-creteil.fr)

**Nom et prénom de l’élève** : ………………………..………………………..

Né·e le… /… /..…

Personnes présentes lors du ou des entretiens - date (s) : …………………………………………………………

**Nom de l’infirmier·e :** ………………………………

**Nom du / de la médecin :** ………………………………

Téléphone : ……………………………… Courriel : ………………………………………

Établissement : ……………………………….

**Avis détaillé de la situation :**

Elève connu·e de l’infirmerie, de la médecine scolaire?

A-t-il ou elle des problèmes de santé ? Lesquels ?

Prend-il ou elle un traitement ? Lequel ?

A-t-il ou elle des suivis extérieurs ? Lesquels ?

A-t-il ou elle eu un dépistage récent ? Résultats ?

Quel est votre avis sur une orientation en dispositif *Nouvelles chances*?

Si besoin de détailler la situation, merci d’écrire au verso de cette feuille