

CERTIFICAT MEDICAL à destination de la C.T.E.S.

Document validé en décembre 2024 en commission plénière de la CTES

A remplir obligatoirement par le médecin, qui le remettra directement au demandeur responsable de l'enfant sous pli confidentiel pour le transmettre à la CTES en vue de l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées en application du guide-barème (arrêté 270/CM du 12 mars 1996) et dans le respect du secret médical auquel sont astreints l'équipe technique, l'ensemble du service et les membres de la CTES (art.378 du code pénal)

Merci de nous fournir les documents essentiels attestant des déficiences de l'enfant pour limiter les délais de prise en charge.

ENFANT pour lequel la demande est formulée

Nom :

Prénom :

Né(e) le : ___/___/___ Sexe : F M

Régime CPS - DN _____

Entourer RGS RSPF RNS SS

Autre régime (précisez)

Etablissement fréquenté

Classe suivie

Domicile habituel de l'enfant (chez qui ?) :

.....

.....

.....

Boite Postale _____ Commune

Code Postal _____ Ile

PARENT ou TUTEUR responsable de l'enfant

Responsable légal 1 : Nom

.....

Prénom

Né(e) le ___/___/___ Sexe F M DN _____

Adresse :

BP : Tél. _____

Mail

Responsable légal 2 : Nom

.....

Prénom

Né(e) le ___/___/___ Sexe F M DN _____

Adresse :

BP : Tél. _____

Mail

• Demande(s) destinée(s) à la C.T.E.S :

Etablissement spécialisé

- IME *Institut Médico Educatif*
- ITEP *Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique*
- CHM *Centre pour Handicap Moteur*
- Autre :

Etablissement scolaire

- ULIS
- Suivi ESID *Enseignant Spécialisé Itinérant Option D (Cognitif et Psychique)*
- Suivi ESIA *Enseignant Spécialisé Itinérant Option A (Audition)*
- Suivi ESIB *Enseignant Spécialisé Itinérant Option B (Vision)*
- Suivi SESSAD *Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile*
- AEESH (ex. AVS) : *Agent d'Education pour Elèves en Situation de Handicap*

Aide matérielle

- ASH : *Allocation Spéciale pour Handicapés*
- AC 1 : *Allocation Compensatrice 1ère catégorie*
- AC 2 : *Allocation Compensatrice 2ème catégorie*
- CPMR : *Carte pour personne à mobilité réduite*
- CIPF : *Carte d'Invalidité Polynésie Française :*
 - Mention TP - *Tierce Personne*
 - Mention PMR - *Personne à mobilité réduite*
 - Mention Cécité
 - Mention Surdité
 - Mention Surdité Tierce Personne
 - Mention Surdité à Mobilité Réduite
- CSPH : *Carte de Stationnement pour Personne Handicapée*

• DIAGNOSTIC MEDICAL de(s) pathologie(s) invalidante(s): Joindre le bilan étiologique

.....
.....
.....

Age gestationnel (SA) ____ Score d'APGAR _____ Poids à la naissance _____ en grammes

Si souffrance anté – péri – post natale (précisez) (cfrs carnet de santé) :

N'OUBLIEZ PAS Poids actuel ____ kg Taille _____ cm **Si pathologique : IMC _____**

• RETENTISSEMENT scolaire, familial, social : à remplir impérativement

.....
.....
.....

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais de scolarisation | <input type="checkbox"/> Scolarisation à temps plein | <input type="checkbox"/> Scolarisé à l'hôpital |
| <input type="checkbox"/> Déscolarisé | <input type="checkbox"/> Scolarisation à temps partiel | <input type="checkbox"/> Scolarisation à domicile |
| | Précisez : | Précisez : |

• Les déficiences Mentales ou Cognitives évaluées par BILAN PSYCHOMETRIQUE

L'enfant ou l'adolescent a-t-il une déficience intellectuelle ? NON – OUI Si oui :

- DI légère: incapacité modérée n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille.
- DI moyenne : incapacité importante entraînant une entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille
- DI sévère : incapacité majeure entraînant une entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille.

.....
.....
.....

• Les déficiences pédopsychiatriques et comportementales :

Capacités relationnelles :

Comportement :

Communication :

Conduite et actes élémentaires dans la vie quotidienne :

Capacité générale d'autonomie et de socialisation :

Autres :

.....

• Les Déficiences liées à l'Épilepsie : JOINDRE LE BILAN NEUROLOGIQUE

Type d'épilepsie

Fréquence des crises : (précisez)

Généralisée

Pluri hebdomadaire - Pluri mensuelle - Pluri annuelle

Partielle

Stabilisée : OUI NON

Idiopathique

Traitement en cours : OUI NON

Pathologie cérébrale - Précisez

Si OUI, lequel :

.....

.....

• Les Déficits Sensoriels : JOINDRE LE BILAN ORL OU/ET OPH

DEFICIENCES DE L'AUDITION

DEFICIENCES DE LA VISION

Étiologie :

Étiologie :

Surdité de Transmission

ACUITE VISUELLE après correction

Surdité de Perception

de loin Ech. de Monoyer) OD ___/10 OG ___/10

Surdité Mixte

de près Ech. de Parinaud OD ___/10 OG ___/10

AUDIOMETRIE hors appareillage

OD - dB OG - dB

Cécité complète : V = 0

Appareill  OUI NON

Quasi cécité : V centrale = < 1/20 V périph. < 20%

Implants cochléaires

Déficiences du champ visuel

Acouphènes, vertiges, autres handicaps

Déficiences de l'oculo-motricité

Autres troubles neuro-ophtalmiques

Aphakies

Déficiences des annexes de l'oeil

• Les Déficiences Viscérales et Générales : JOINDRE LES BILANS SPÉCIALISÉS

Maladies cardio, cérébrale, esthétique, génétique, hémato, métabolique, neuro, oncolog, orthopéd, pulmon, urog nit, etc.

• Diagnostic et retentissement scolaire, familial, social

Troubles légers : sans incapacité réelle constatée dans la vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne

Troubles d'importance moyenne : entraînant des interdits et des signes d'incapacité fonctionnelle permettant le maintien de l'autonomie individuelle et de l'insertion dans une vie sociale, scolaire dans les limites de la normale.

Troubles importants : obligeant à des aménagements de la vie quotidienne et nécessitant des aides ou efforts particuliers pour l'insertion ou le maintien dans une vie sociale, scolaire dans les limites de la normale.

Troubles majeurs : responsables d'une incapacité subtotale ou végétative

Traitements - R educations : Joindre les bilans paramédicaux

Traitement médicamenteux en cours

Sinon, en a-t-il besoin ? OUI NON

Date de début _____

Suivi médical spécialisé (  préciser)

Nature

Suivi paramédical

Orthophonie

Ergothérapie

Si pas de r education, en a-t-il besoin ? OUI NON

Psychologie

Kinésithérapie

Laquelle

Psychomotricité

Orthoptiste

• Bilan d'autonomie :	Aidez-vous de la grille d'évaluation ci-dessous
------------------------------	--

A	B	C	D	NSP			
<i>Réalisé sans difficulté et sans aucune aide</i>	<i>Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine</i>	<i>Réalisé avec aide humaine directe ou stimulation</i>	<i>Non réalisé</i>	<i>Ne se prononce pas</i>			
Communication			A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (parler, se faire comprendre)							
Utiliser le téléphone							
Utiliser un ordinateur							
Gérer sa sécurité personnelle							
Maîtriser son comportement							
Mobilité, motricité			A	B	C	D	NSP
Se déplacer à l'intérieur							
Se déplacer à l'extérieur							
Se repérer dans les lieux et la journée							
Toilette et hygiène corporelle							
Se nourrir seul							
Continence urinaire							
Continence fécale							

DEPLACEMENT :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Station debout pénible : OUI NON | <input type="checkbox"/> Couches |
| <input type="checkbox"/> Périmètre de marche : ____ mètres | <input type="checkbox"/> Sonde urinaire |
| <input type="checkbox"/> Cannes | <input type="checkbox"/> Stomie |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Besoin de tierce personne intermittente |
| <input type="checkbox"/> Orthèses | <input type="checkbox"/> Besoin de tierce personne en permanence |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique | |

• Conclusion Médicale :	Taux d'IPP proposé (facultatif) _____ %
--------------------------------	---

Origine et circonstances d'apparition

- CGT : Congénitale
- NN : Néonatale
- Maladie
- Traumatique
- APE Acquis de Petite Enfance
- TND Trouble Neuro Développemental

Aptitude à travailler :

- En milieu ordinaire
- En atelier protégé
- Inapte à travailler

Capacités et aptitudes :

- En régression
- En amélioration
- Stables
- Fixées

Avis médical et projet(s) médico-éducatif(s) :

.....

.....

.....

.....

Date :

Tampon du médecin (lisible) et signature :