

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

Document validé en décembre 2024 en commission plénière de la CTES mis à jour en septembre 2026

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 ESI Enseignant Spécialisé Itinérant
 - ☐ Option TND (Trouble neuro-développemental)
 - ☐ Option TFV (Trouble des Fonctions Visuelles)
 - ☐ Option TFA (Trouble des Fonctions Auditives)
- ☐ 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 Si pathologique : IMC ____ Poids actuel ____ kg Taille ____ cm

• **RETENTISSEMENT** scolaire, familial, social : **à remplir impérativement**

.....

☐ Jamais de scolarisation ☐ Scolarisation à temps plein ☐ Scolarisé à l'hôpital
☐ Déscolarisé ☐ Scolarisation à temps partiel ☐ 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

- ☐ Généralisée
- ☐ Partielle
- ☐ Idiopathique
- ☐ Pathologie cérébrale - Précisez
-
-

Fréquence des crises : (précisez)

Pluri hebdomadaire - Pluri mensuelle - Pluri annuelle

Stabilisée : OUI NON

Traitement en cours : OUI NON

Si OUI, lequel :

.....

.....

• Les Déficits Sensoriels :

JOINDRE LE BILAN ORL OU/ET OPH

DEFICIENCES DE L'AUDITION

Étiologie :

.....

☐ Surdité de Transmission☐ Surdité de Perception☐ Surdité Mixte

AUDIOMETRIE hors appareillage

OD - dB OG - dB

☐ Appareill  OUI NON☐ Implants cochléaires☐ Acouphènes, vertiges, autres handicaps

.....

.....

DEFICIENCES DE LA VISION

 tiologie :

.....

ACUITE VISUELLE après correction

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

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

☐ Cécité complète : V = 0☐ Quasi cécité : V centrale = < 1/20 V périph. < 20%☐ Déficiences du champ visuel☐ 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 interdicts 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  ductions :

Joindre les bilans paramédicaux

☐ Trt médicamenteux en cours : Précisez /

Date de début /

Suivi paramédical en cours

☐ Orthophonie☐ Psychologie☐ Ergothérapie☐ Kinésithérapie☐ Psychomotricité☐ Orthoptiste

Si pas de suivi, vos préconisations :

.....

.....

.....

.....

.....

Bilan d'autonomie :		Aidez-vous de la grille d'évaluation ci-dessous				
A	B	C	D	NSP		
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas		
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 :

- ☐ Station debout pénible : ☐ OUI ☐ NON
☐ Périmètre de marche : _____ mètres
☐ Cannes
☐ Déambulateur
☐ Orthèses
☐ Fauteuil roulant manuel
☐ Fauteuil roulant électrique

- ☐ Couches
☐ Sonde urinaire
☐ Stomie
☐ Besoin de tierce personne intermittente
☐ Besoin de tierce personne en permanence

• 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 :**