

**CERTIFICAT MÉDICAL D'ORIENTATION**

**ETABLISSEMENT :**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Prénoms :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** .. / .. / ....

**Classe :** \_\_\_\_\_

**Vœux à classer par ordre de préférence :**

<i>Avis pour :</i>	<i>Pas de contre-indication</i>	<i>Contre-indiqué</i>	<i>Favorable à une affectation prioritaire</i>

Observations éventuelles (indications, recommandations, réserves ... concernant les conditions de travail) :

Date :

Signature et cachet du médecin :

**Rappel :** Le médecin devra adresser le certificat médical au chef d'établissement et une copie au médecin conseil technique départemental, accompagné d'un argumentaire détaillé, **pour le VENDREDI 22 AVRIL 2022.**