Dr Vincent DUPONT

Commission Territoriale de l'Education Spéciale

Tel: 40 46 27 14 - Fax: 40 46 27 90 BP: 20673 - 98713 Papeete

CERTIFICAT MEDICAL C.T.E.S

(à remplir obligatoirement par le médecin)

Etat Civil du dema	andeur responsable de	l'enfant	(à remplir obligatoirement)		
Nom	NomS'il y a lieu, Nom de Jeune Fille				
Prénom	Date de n	aissance:/	/ Sexe : F 🗆 M 🗖		
Adresse détaillée complè	ete:		mois année)		
Boite postale Téléphone :	Fax;	Ile	Code Postal :pel		
Enfant pour lequ	el la demande est for	mulée	► (à remplir obligatoirement))		
	ciale : RGS 🗆 RST 🗀 RNS 🗅		Précisez :		
Nom	S'il y a	lieu, Nom de Jeune	Fille		
Prénom	Date de na	issance:/	/ Sexe : F 🗆 M 🗅		
Adresse détaillée complè	te (si différente de celle du des.	sus) :	mois année)		
Boite postaleCo Téléphone : Commune de naissance Nom et adresse de l'éta	blissement scolaire fréquent	Archipel			
Classe suivie :		•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••			
Demande(s) desti	née (s) à la C.T.E.S		→ (à cocher obligatoirement)		
☐ CLIS ☐ Autre, préc	P □ IME □ IR □ C □ Etablissement spédisez laquelle :	cialisé 	☐ Allocation Spéciale Handicapé ☐ Allocation Compensatrice 1 ^{ct} Cat ☐ Allocation Compensatrice 2eme Cat ☐ Plaque PMR ☐ Carte Territoriale d'Invalidité (CTI)		
☐ Tiers t	emps — Auxiliaire	d'intégration	☐ Tiers personne		
joigne à son dossier de dema CTES sont astreints au secre	blige(e) de bien vouloir remettre a inde. Je me permets de vous rappe	au demandeur sous pli ler que l'équipe techniq l). En vous priant de m	personnes handicapées (arrêté 270/CM du 12 confidentiel ce certificat médical, pour qu'il le ue, l'ensemble des services et les membres de la 'excuser de vous imposer cette démarche et en s salutations.		

	DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL
MOTIF(s) de la DEMANDE	
Description de la déficience :	
POIDS (en Kg)	TAILLE (en cm)
Antécédents personnels :	- q
Poids de naissanceAge gestationnel	Souffrance Fœtale Aiguë Doui Dnon
Age de la marche :Acquisition de la propreté :	Acquisition du langage :
Cursus Scolaire : ☐ Normal / ☐En retard : Classe à N0	
à N-2à	à N-3
Ne Compléter que les rubriques concerna	int votre patient!
DEFICIENCE(s) NEUROPSYCHIQUE(s)	en en partie de la companya de la c
 Joindre le dernier compte rendu du spécialiste (psychiatre / pédopsychiatre / neuropsychiatre pratiqué (QI) — Précisez si possible la forme et l'évolution depuis le début des troubles.; journait par le début des troubles. 	atre) et le résultat du bilan psychométrique éventuellement pindre compte rendu du dernier EEG
Déficience Intellectuelle	
Retard intellectuel: 🗆 oui 🗇 non si oui, Déficience C	légère O Moyenne O Sévère
	N ou Soo works!
Déficience liée aux troubles du comportement	
Etat psychotique: oui nonà prédominance produc à prédominance déficita	aire (apragmatisme, autisme) \square oui \square non
Personnalité pathologique (psychopathie): d'oui d'nonCompatible Autres, descriptions et retentissements du trouble :	ole avec une scolarisation oui non
D. Grienes d'anigine neurologique	
Déficience d'origine neurologique	rigas sous traitament
Epilepsie : Type :Fréquence des c	
Autres:	
DEFICIENCE(s) DE LA FONCTION CARDIO-RE	SPIRATOIRE .
Joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, EFR, gaz du Sang, hémine	
Signes fonctionnels : Angor / Dyspnée de repos Angor / Dyspnée de repos	onée d'effort stade
Périmètre de marche : □ < 10 mètres □ limité à un étage	supérieur à deux étages
Fréquence des décompensations :	.Oxygénothérapie : □ oui □ non
V EAVIS SOUS HARCHICHE	The Control of the Co

TO COUTTON	TOTAL TOTAL	~~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~
IN DE DOCUMENT.	INTERPRETATION OF RESERVED	אינו אינויו אינו או האווא ואווא ואווא אווא
	TANKED BARATURA	CONFIDENTIEI

DEFICIENCE (s) SENSORIELLE (s)

► En fonction de la déficience joindre un audiogramme récent, OD —OG sans appareillage, le dernier compte rendu ORL / orthophonique, un certificat ophtalmologique de mois de trois mois, précisant après correction l'acuité visuelle pour chaque œil de prés (ainsi qu'un champ binoculaire si utile)

Déficience de l'audition, du langage et de la parole					
Surdité : ☐ Transmission ☐ Perception ☐ Mixte ☐ autre Audiométrie avant appareillage : - Oreille DroitedB - Oreille GauchedB. Appareillage possible : ☐ oui ☐ non Appareillé : ☐ oui ☐ non Troubles associés :					
☐ dysarthrie ☐ dyslexie ☐ aphasie ☐ alexie ☐ mutité ☐ laryngectomie ☐ autres :					
En cas de mutité, une communication est-elle possible ? oui non Si oui de quel type					
Déficience de la vision					
Type de cécité : 🗖 Unilatérale 🗇 Bilatérale 🗇 Totale 🗇 Partielle					
Etiologie :					
Une amélioration par traitement médical ou chirurgical est : Possible					
DEFICIENCE(s) LOCOMOTRICE (s) joindre résultats des radios, scanners, CR opératoire					
Nature: Parésie Paralysie Ankylose Amputation Incoordination Déformation					
☐ Autres					
Coté dominant;					
Description et localisation :					
Périmètre de marche :mètres Station debout pénible : ☐ oui ☐ non Appareillage : ☐ oui ☐ non Tolérance : ☐ Bonne ☐ Mauvaise					
Périmètre de marche :mètres Station debout pénible : ☐ oui ☐ non Appareillage : ☐ oui ☐ non Tolérance : ☐ Bonne ☐ Mauvaise					
Périmètre de marche :					
Périmètre de marche :					
Périmètre de marche :					
Périmètre de marche:					
Périmètre de marche :					
Périmètre de marche:					
Périmètre de marche :					

AT A PRINT TID		DICAL CONFIDENTIEL
NALUK	E des SOINS — CONTRAINTES — TOLERANCE il un traitement médicamenteux permanent en cours : O oui O non : en aurait-il besoin ? :	O sui O son
L'enfant a-t-	il un traitement médicamenteux permanent en cours : O oui O non : en aurait-il besoin ? :	O our O non
Nature		
Tolérance:		
Type(s), fré	néficie-t-il d'une ou de rééducations spécialisées O oui O non : en nécessite-t-il? : quence(s) et lieu(x) d'intervention	
La nature de	la prise en charge est-elle compatible avec le maintien en milieu scolaire ordinaire? : O oui	O non
AUTON	OMIE 🄛 à évaluer par rapport à celle d'un enfant du mê	me âge, non déficient .
	A: fait seul totalement, habituellement, correctement	
-Bilan	B: fait partiellement, non habituellement, non correctement ou doit être sollicité	\$
* **********	C: ne fait pas ou ne peut pas accomplir	
	D : inappréciable compte tenu de l'âge (< 18 mois)	Compléter par A/B/C/D
Se déplacer à		
Se déplacer à		
Utiliser seul,	les transports en commun non spécialisés	
	ens le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
	erser ou Communiquer oralement	
	r de façon logique et sensée	
	tte et assumer l'hygiène corporelle	
	lever, se coucher	
	déshabiller, mettre son appareillage	,
Contrôler ou	assumer l'hygiène de l'élimination urinaire	
Contrôler ou	assumer l'hygiène de l'élimination fécale	
Boire et man	ger les aliments préparés	
	tiers personne est-elle nécessaire ? O oui O nonde manière O constante O quotie	
	colaire actuelle: Déscolarisation Eviction temporaire Scolarisation ada Non scolarisation Jamais de scolarisation Jamais de scolarisation Scola	
Mesure(s) a	'éducation et d'orientation souhaitable(s):	
		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
	•••••	*******************************
	Mise sous Tutell	e proposée : 🖵 bui / 🖵 non
Pour les ado	plescents:	
Aptitude à tr	ravailler en 🗖 Milieu ordinaire 🗖 Atelier Protégé, 🗖 Centre d'Aide par le Travail,	☐ Inapte à travailler
CONCL	JUSION	•
		o o≠
Origine du	handicap: O Congénital O Acquis depuis le/	
Si ac	equis: O Accident Domestique O AVP O Maladie O Accident de travail	O Autre :
	& Aptitudes: O en régression O en amélioration O stables O fixées Ta	ux IPP proposé : %
Appréciation	on générale médicale et projet(s) médico-éducatif(s):	
		•••••

	1.	•••••
Α	, le	nature et cachet du médecin
	Dig	gnature et caenet du medeem