

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

Document validé en décembre 2024 en commission plénière de la CTES

A remplir par le médecin, à remettre directement au demandeur responsable de l'enfant ou à adresser sous pli confidentiel à la CTES en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (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**

.....  
.....

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

Cécité complète : V = 0

OD - dB OG - dB

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

Appareill  OUI NON

Déficiences du champ visuel

Implants cochléaires

Déficiences de l'oculo-motricité

Acouphènes, vertiges, autres handicaps

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"/> <b>Station debout pénible :</b> OUI NON  | <input type="checkbox"/> Couches                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Périmètre de marche :</b> ____ 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 :**