

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES CONDITIONS D'EXAMENS

Fiche complémentaire de renseignements médicaux

À FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT
(médecin scolaire, médecin traitant, spécialiste)

Aagrafer **sous pli confidentiel** à la demande d'aménagements (fiche 1)
Ce pli cacheté ne sera ouvert que par le médecin désigné par la CDAPH

Coordonnées de l'élève

Nom, prénom : Etablissement fréquenté :

Né(e) le : Examen préparé :

Domicilié(e) à :

Je soussigné(é), Docteur

Atteste que l'élève :

Lequel/laquelle présente :

Une maladie chronique (préciser) :

Des séquelles d'accident (date de l'accident)

limitation d'activité :

Un déficit sensoriel, moteur, ou cognitif connu (préciser) :

Un trouble psychique (préciser) :

Un trouble des apprentissages (préciser) :

Diagnostic posé depuis

Rééducation : en cours

antérieure (pendant combien de temps :

Joindre tous les documents permettant d'évaluer la situation qui fait l'objet de la demande d'aménagement aux conditions d'examens (comptes - rendus médicaux, audiogrammes, bilan orthophonique, bilan ophtalmologique, autres bilans...).

Date :

Nom, **CACHET** et signature du médecin