

AVIS DU MEDECIN désigné par la MDPH
Demande d'aménagement aux examens et
concours (Délivrée en application de la loi du 11
février 2005 et du décret n° 2005-1617 du 21
Décembre 2005)

Cadre à remplir par la famille ou le candidat majeur

Nom du candidat : Prénom du candidat :

Date de naissance

Nom, prénom, adresse-des parents :

.....
.....

N° de téléphone :

Etablissement scolaire :

Examen ou concours présenté :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DNB | <input type="checkbox"/> Certificat de formation générale |
| <input type="checkbox"/> CAP Spécialité : | |
| <input type="checkbox"/> BEP Spécialité:..... | |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Général | <input type="checkbox"/> Série:..... |
| <input type="checkbox"/> Technologique | <input type="checkbox"/> Série:..... |
| <input type="checkbox"/> Professionnel | <input type="checkbox"/> Série:..... |
| <input type="checkbox"/> Epreuves anticipées | <input type="checkbox"/> Série:..... |
| <input type="checkbox"/> BTS | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> BT | (Diplôme de Compétence en Langue...) |

Le candidat a-t-il déjà déposé un dossier à la MDPH ?
 OUI NON

AVIS DU MEDECIN désigné par la MDPH

Les éléments présentés par le candidat visé ci-dessus :

Ne justifie pas d'aménagement d'épreuves

Motifs:.....

Justifient la mise en œuvre d'aménagements particuliers pour les épreuves

Majoration du temps d'épreuve

- | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour une seule épreuve (laquelle ?) | | | |
| <input type="checkbox"/> Pour chaque épreuve | <input type="checkbox"/> écrite | <input type="checkbox"/> orale | <input type="checkbox"/> pratique |
| <input type="checkbox"/> Pour la préparation des épreuves | <input type="checkbox"/> écrite | <input type="checkbox"/> orale | <input type="checkbox"/> pratique |
- Sorties accompagnées autorisées pendant l'épreuve: Soins à l'infirmerie autres (à préciser)

Accessibilité aux locaux:

Précisez:.....

Installation matérielle :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mobilier adapté | <input type="checkbox"/> Conditions particulières d'éclairage | <input type="checkbox"/> Salle particulière |
|--|---|---|

Certificat pour: NOM:

Prénom:

Aide technique (à définir si besoin avec le service de soins)

- Utilisation d'1 ordinateur avec correcteur d'orthographe en dehors de l'épreuve de dictée
- Utilisation d'1 logiciel spécifique (à préciser)
- Sujet et matériel d'écriture en braille (abrégé-intégral) Agrandissement des sujets avec un fort contraste.

Aide humaine

- Assistance d'1 secrétaire pour écrire sous la dictée du candidat
- Assistance d'1 tierce personne (AVSI) pour
 - Installation Epreuve pratique Passage aux toilettes
 - Lecture des consignes et des termes du sujet en début d'épreuve
- Déficience auditive
 - Interprète LSF Code LP
- Examineurs avertis du handicap pour les épreuves orales et pratiques.

Aménagement de l'épreuve

- Adaptation de l'épreuve de dictée Adaptation d'1 autre épreuve:
- Dispense d'épreuve:
 - Conservation de notes
 - Etalement sur plusieurs sessions du passage des épreuves

NOMBRE DE CASES COCHEES:

Fait à
Le médecin

Certificat pour: NOM:

Prénom: