

**BILAN MEDICAL DU CANDIDAT DEMANDANT**  
**UN AMÉNAGEMENT D'EXAMEN**

A remplir par le médecin traitant ou spécialiste et à transmettre par mail (le cas échéant par voie postale) avec l'ensemble du dossier

Je soussigné(e), Docteur....., certifie avoir examiné le candidat :

<p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>N° Tél. :</p> <p>Adresse mail :</p>	<p>EXAMEN PREPARE :</p> <p><input type="checkbox"/> DNB/CFG</p> <p><input type="checkbox"/> CAP</p> <p><input type="checkbox"/> BAC PRO</p> <p><input type="checkbox"/> BP</p> <p><input type="checkbox"/> BMA</p> <p><input type="checkbox"/> Mention complémentaire</p> <p><input type="checkbox"/> BAC général et technologique</p> <p><input type="checkbox"/> DTMS</p> <p><input type="checkbox"/> BTS</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme de comptabilité et de gestion</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme supérieur de comptabilité et de gestion</p>
---	---

**Type de handicap** : (à cocher impérativement)

- Visuel     Auditif     Moteur     Autre (préciser)  
 Handicaps spécifiques du langage et des apprentissages

**TROUBLE VISUEL**

Déficience visuelle : joindre un bilan ophtalmologique détaillé et les corrections : aménagements proposés

Préciser les besoins spécifiques :

**TROUBLE AUDITIF**

Déficience auditive : joindre un audiogramme récent oreille droite/gauche sans appareillage  
 Appareillage :

Préciser les besoins spécifiques :

Lecture labiale :  LPC     LSF                      Nécessité d'un interprète :  LPC     LSF

Utilisation du matériel adapté, préciser :

### TROUBLE MOTEUR

Déficience motrice et de l'appareil locomoteur : joindre un bilan fonctionnel d'évolution détaillé

Type de déficience, localisation, appareillage s'il y a lieu :

Troubles associés :

Station debout pénible :  oui  non

Fauteuil roulant :  oui  non

Gêne aux déplacements :  oui  non

Gêne fonctionnelle occasionnée (en particulier sur l'écriture) :

Besoins spécifiques :

### TROUBLES SPECIFIQUES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES

Troubles spécifiques des apprentissages : joindre impérativement :

- Un bilan orthophonique détaillé avec les résultats et les écarts-types, datant de moins de 3 ans, et s'il y a lieu, les bilans neuropédiatrique et/ou neuropsychologique, d'ergothérapie, ou de psychomotricité.

- Une copie d'un devoir écrit de l'élève en situation, fournie par l'établissement de formation.

- Un résultat de test de QI, le cas échéant.

### AUTRES TROUBLES

Déficiences liées à l'épilepsie : joindre le compte rendu du dernier EEG

Type, fréquence des crises, traitement :

Besoins spécifiques :

Déficiences de la fonction cardiovasculaire : joindre un bilan spécialisé détaillé récent

Besoins spécifiques :

Déficiences de la fonction respiratoire : joindre un bilan spécialisé détaillé récent

Moyens d'assistance respiratoire, traitement :

Besoins spécifiques :

Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive : joindre un bilan spécialisé détaillé récent

Besoins spécifiques :

Autres. préciser :

### NATURE DES SOINS – CONTRAINTES

	Nature des soins	Fréquence et lieu des interventions
Traitement médicamenteux		
Traitement chirurgical		
Greffe/transplantation		
Soins psychothérapeutiques		

### AUTONOMIE

L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'une personne du même âge, non déficiente.

Le candidat est capable de :	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux			
Communiquer oralement			
Se comporter de façon logique et sensée			
Se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant			

### Nom et coordonnées du médecin ayant rempli cet avis médical

Docteur :

Cachet du médecin :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Date et signature

N° tél. :