

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 et/ou orthoptique 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

Nature du trouble spécifique des apprentissages :

Suivis actuels et antérieurs (précisez la nature et la durée)

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

Troubles somatiques (précisez le diagnostic, traitement, répercussions actuelles sur la vie quotidienne)

Troubles psychiques (précisez le diagnostic, traitement, répercussions actuelles sur la vie quotidienne)

Autres. Préciser :

Nom et coordonnées du médecin ayant rempli cet avis médical

Docteur :

Cachet du médecin :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Date et signature

N° tél. :