

**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. :