

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION DES EXAMENS ET CONCOURS

**DEMANDE D'AMENAGEMENT
DES CONDITIONS DE PASSATION DES EPREUVES AUX EXAMENS
POUR LES CANDIDATS PRESENTANT UNE LIMITATION
TEMPORAIRE D'ACTIVITE**

IDENTITE DU CANDIDAT

(à remplir par le candidat ou par la famille)

NOM de naissance du candidat : NOM usuel du candidat :

Prénoms : Date de naissance :

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse : Tél :

Candidat : individuel

scolarisé (précisez l'établissement scolaire fréquenté) :

EXAMEN présenté (préciser la série ou la spécialité) :

(écrire en toutes lettres – pas de sigle)

Classe :

A, le Signature du candidat ou du représentant légal

- ATTESTATION MEDICALE -

AVIS JUSTIFIÉ DU MEDECIN assurant le suivi médical de l'intéressé (1)

Cet avis est préalable à la décision de l'autorité administrative qui vous sera notifiée ultérieurement

M..... est atteint d'un handicap qui justifie l'application des aménagements suivants :

Temps de composition majoré pour les épreuves : écrites orales pratiques

Préciser le taux de majoration :

Accessibilité des locaux (à préciser).....

Assistance d'un secrétaire

Autre (à préciser).....

A, le Signature du médecin

(1) Une attestation délivrée par le médecin établissant avec précision la nature et l'importance de la limitation d'activité sera jointe sous pli confidentiel.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis éventuel du médecin conseil du recteur

.....
.....
.....
.....

A Bordeaux, le