

## FORMULAIRE MEDICAL – session 2022

à établir et à signer par le médecin traitant

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR LES DEMANDES D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES AUX EXAMENS

renseignements confidentiels à remettre au candidat, **sous pli fermé**,  
à l'attention du médecin désigné par la CDAPH (médecin de la MDPH ou médecin de l'Education nationale)

NOM – PRENOM du candidat : .....

Date de naissance : .....

Examen présenté (préciser la spécialité ou la série) : .....

**Motif de la demande d'aménagement d'examen :**

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

**Déficience du langage oral ou écrit :**

diagnostic établi par un service  OUI  NON  centre de référence du langage  
- quelle année : .....  service hospitalier CHU

si non :

joindre obligatoirement le dernier bilan orthophonique **normé** établi dans le cadre du suivi orthophonique habituel.

- date : ..... nom de l'orthophoniste : .....

prise en charge orthophonique fréquence : période :

éléments de l'entretien avec le médecin scolaire (le cas échéant) :

- résultats aux éventuels tests :

- limitations constatées :

**Déficience psychique ou cognitive :**

suivi spécialisé  OUI  NON

types de trouble :

reconnaissance par M.D.P.H.  OUI  NON

limitations constatées :

Nom et coordonnées du médecin spécialiste : .....

**Déficience visuelle :**

acuité visuelle corrigée OD :                    OG :                    à 5 mètres (Monoyer)

acuité visuelle corrigée OD :                    OG :                    de près (Parinaud)

prise en charge actuelle :

Nom et coordonnées du médecin spécialiste : .....

**Déficience auditive :**

unilatérale     bilatérale                     codeur LPC

perception     transmission

sévérité :                    perte auditive : OD                    OG

appareillage :                    implant :

LSF + interprète LSF :

prise en charge actuelle :

Nom et coordonnées du médecin spécialiste : .....

**Maladie chronique :**

diagnostic :

traitement :

limitations constatées :

Nom et coordonnées du médecin spécialiste : .....

**Déficience motrice :**

localisation du déficit :

fauteuil roulant :                     OUI                     NON

latéralité manuelle :

accessibilités aux locaux :

besoins spécifiques (ex : lève malade ....)

Nom et coordonnées du médecin spécialiste : .....

**Proposition(s) du médecin traitant  
pour les aménagements d'épreuves d'examen**

- accessibilité des locaux (préciser) :
- majoration 1/3 du temps d'épreuve :  
 épreuves écrites                       épreuves orales  
 épreuves pratiques                       préparation des épreuves orales et pratiques
- Agrandissement des sujets :  A4 Arial 16 et interligne 1,5     A4 Arial 20 et interligne 1,5     A3 Arial 17 et interligne 1,5
- utilisation d'un ordinateur du centre d'examen
- installation matérielle particulière dans la salle d'examen (préciser) :
- assistance d'un secrétaire
- épreuves écrites adaptées d'histoire-géographie (uniquement baccalauréat général)
- dictée aménagée (uniquement DNB)
- dispense de tâche cartographique (uniquement DNB et baccalauréat technologique)

**Dispositions particulières concernant les déficients auditifs**

Les questions devront être posées :

- à haute voix face au candidat                       par écrit
- pas d'utilisation de bandes sonores (épreuves orales)
- dispositions particulières pour les épreuves de langues vivantes (BTS et baccalauréats général, technologique et pro.)  
adaptation ou dispense (si le règlement de l'examen le permet) :  évaluation orale     évaluation écrite
- utilisation d'un appareillage HF
- assistant spécialiste d'un mode de communication :  interprète LSF     codeur LPC     autre (préciser) :  
 pour la mise en route des épreuves écrites                       pour les épreuves orales  
 pour les épreuves dictées

**Dispositions particulières concernant les déficients visuels**

- matériel d'écriture en braille
- Agrandissement des sujets :  A4 Arial 16 et interligne 1,5     A4 Arial 20 et interligne 1,5     A3 Arial 17 et interligne 1,5
- à placer en bon éclairage
- fonds

**Autres** (préciser) :

A....., le .....

**Cachet et signature du médecin traitant :**

