

AVIS MÉDECIN TRAITANT POUR DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'EXAMEN
**(à transmettre au médecin désigné par la CDAPH par les candidats individuels, en formation
continue, au CNED, en établissement hors contrat et en CFA)**

Demande d'aménagement concernant :

NOM Prénom :

Date de naissance :

Pathologie(s) motivant la demande d'aménagements :

Date du(des) diagnostic(s) :

Traitement médical en cours (à préciser) :

Suivi(s) mis en place pour cette (ces) pathologie(s) :

Rééducation orthophonique

Suivi psychologique

Psychomotricité

Kinésithérapie

Ergothérapie

Soins en CMPP, CMP ou HJ

Autre (à préciser) :

Prise(s) en charge toujours en cours ? : OUI

NON

Dans la négative, date de fin de cette (ces) prise(s) en charge :

Conséquences cliniques avec incidence scolaire de cette (ces) pathologie(s) :

Mise en place pour cette affection d'un :

PAI (projet d'accueil individualisé)

PPS (projet personnalisé de scolarisation)

PAP (plan d'accompagnement personnalisé)

Dernier établissement où ce projet (ou plan) était effectif :

Aménagement(s) demandé(s) (installation dans la salle, durée des épreuves, matériel pédagogique adapté...) :

Date et signature avec cachet :

IMPORTANT : pour les **troubles « dys »**, le candidat ou la candidate doit **impérativement joindre** à cet avis les **derniers comptes-rendus paramédicaux** (bilan orthophonique, d'ergothérapie, de psychomotricité....) et le cas échéant l'évaluation psychométrique... et la photocopie d'un **contrôle écrit**.