

Imprimé à retourner au Rectorat -Division des Examens et Concours –Bureau des Examens de lycées et collèges – DEC 2 – [ce.dec@ac-martinique.fr](mailto:ce.dec@ac-martinique.fr) tel 0596522531

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION DES EPREUVES AUX EXAMENS POUR LES CANDIDATS PRESENTANT UNE LIMITATION TEMPORAIRE D'ACTIVITE**  
Année scolaire 2016-2017

La présente demande devra être justifiée par un certificat médical (sous pli confidentiel) établissant avec précision la nature et l'importance de la limitation d'activité.  
L'avis donné par le médecin n'est qu'indicatif. Il ne préjuge pas de la décision du recteur qui a seul compétence pour prendre la décision d'aménagement des conditions de l'examen.

EXAMEN :

SERIE :

CLASSE :

ETABLISSEMENT :

**IDENTITE DU CANDIDAT**

**NOM de famille du candidat :**

Prénoms :

Date de naissance

Sexe :  F  M

Candidat :  individuel  scolarisé

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse :

Téléphone fixe, portable :

Adresse électronique

Aménagements dont peut bénéficier une personne atteinte d'une limitation temporaire d'activité : majoration de temps pour les épreuves écrites, orales, pratiques et préparation des épreuves orales ou pratiques ; accessibilité des locaux ; assistance d'un secrétaire

**AMENAGEMENTS DEMANDES PAR LE CANDIDAT**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**AVIS MOTIVÉ DU MEDECIN assurant le suivi médical de l'intéressé**

M \_\_\_\_\_ est atteint d'une limitation temporaire d'activité qui justifie les aménagements suivants:

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Nom, prénom, signature et tampon du médecin

⚠ Ne pas oublier le certificat médical précisant la nature et l'importance de la limitation d'activité.

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION :**  
Avis éventuel du médecin conseil du recteur

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ signature