



**ACADÉMIE  
DE REIMS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## DEMANDE D'AMENAGEMENT D'ÉPREUVES D'EXAMEN

### AVIS MEDICAL

**A établir par le médecin de l'Education Nationale, ou, éventuellement par le médecin traitant.**

Je soussigné Docteur .....

Certifie avoir examiné l'élève : .....

qui présente un handicap justifiant la mise en œuvre des mesures particulières suivantes :

	OUI	NON
➤ Majoration de temps pour les épreuves écrites (limite d'un 1/3 temps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Majoration de temps pour les épreuves orales (limite d'un 1/3 temps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Majoration de temps pour les épreuves pratiques (limite d'un 1/3 temps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Accessibilité particulière des locaux (préciser si fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
➤ Installation matérielle particulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Utilisation d'un ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Utilisation d'un correcteur d'orthographe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Assistance d'un(e) secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Assistance d'un spécialiste d'un mode de communication (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
➤ Utilisation de l'écriture en braille pour la composition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sujets donnés en braille ou caractères agrandis (rayer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Autres dispositions éventuelles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

Indiquer la nature du handicap ou toute précision pouvant aider à la décision afin de permettre au candidat de composer dans les meilleures conditions (compte-rendu d'un orthophoniste) :

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

Cachet et signature du médecin,

Fait à

le

À joindre, **sous pli confidentiel**, à la demande de mesures particulières établie par le candidat

**A transmettre, par le candidat ou son représentant, sous pli cacheté, au médecin scolaire de l'établissement de l'élève ou à défaut Madame le Docteur LAVAILL, Médecin auprès de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves de la Marne**