

DEMANDE D'AMENAGEMENTS AUX EXAMENS

Fiche complémentaire de renseignements médicaux

A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT (de préférence spécialiste)

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : / /

NOM ET FONCTION DU MEDECIN QUI REMPLIT CE FORMULAIRE :

Coordonnées du médecin :

- Diagnostic du handicap/pathologie invalidante :

- Pathologies associées :

- Antécédents médicaux :

- Description clinique actuelle :

- Traitement, soins et prises en charge :

- Retentissement fonctionnel dans le cadre de la scolarité et si besoin, les aides à mettre en place pour les examens:

Joindre tous les documents permettant d'évaluer la situation qui fait l'objet de la demande d'aménagement aux examens (Comptes-rendus médicaux, audiogrammes, bilan ophtalmologique, bilan radiologiques, analyses médicales, autres bilans).

Date :

Nom, **CACHET** et signature du médecin