



DIRECTION DE LA SANTE

....., le .....

## Certificat médical pour une demande d'aménagement(s) des conditions d'examen pour un élève présentant un Handicap - 2021-2022

### Renseignements concernant l'élève :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

### Renseignements concernant la scolarité de l'élève :

Cet(te) élève est scolarisé(e) :  oui  non

Si oui, Etablissement scolaire :

Classe fréquentée :

Cet(te) élève est inscrit(e) au .....<sup>1</sup> et passe l'examen pour la ..... fois

### Aménagements de la scolarité de l'enfant

- Aménagements déjà accordés en .....

- Aménagements au cours de la scolarité formalisés par :

un Projet d'Accueil Individualisé de l'élève (PAI)

un certificat en faveur de la mise en place d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)<sup>2</sup>

un Projet Personnalisé de Scolarisation ou de formation (PPS ou PPF)

Autres : .....

**DIAGNOSTIC clinique précis** du handicap ou de la pathologie justifiant une demande d'aménagement (en précisant les troubles associés)<sup>3</sup> :

**Diagnostic :**

<sup>1</sup> Préciser l'examen.

<sup>2</sup> Veillez à la cohérence entre les aménagements en cours de scolarité, les besoins d'aménagements pour l'examen présenté demandés par l'établissement et les éléments médicaux

<sup>3</sup> Joindre impérativement les compléments selon le type de handicap présenté. En cas de trouble des apprentissages (dyslexie, dysphasie, dyspraxie...) joindre obligatoirement un bilan orthophonique ou spécialisés qui doit obligatoirement comporter des tests étalonnés et normés avec indication des résultats et des écarts types.

**Déficience principale :**

**Déficience(s) associée(s) :**

**Traitement ou type de prise en charge médicale** en cours pendant l'année scolaire et pendant les épreuves (prévision) - (**préciser l'historique** : date de début, durée) :

**Gêne fonctionnelle** et répercussions sur la scolarité et symptômes ou incapacités pouvant gêner l'élève pendant les épreuves de l'examen liées à :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - lenteur de l'élève                                       | <input type="checkbox"/> - difficulté en lecture                      |
| <input type="checkbox"/> - difficulté pour écrire                                   | <input type="checkbox"/> - dysorthographe                             |
| <input type="checkbox"/> - difficulté l'oral  | <input type="checkbox"/> - difficulté de mémorisation                 |
| <input type="checkbox"/> - trouble de la concentration, des troubles de l'attention | <input type="checkbox"/> - difficulté d'organisation temporo-spatiale |
| <input type="checkbox"/> - difficulté de motricité globale                          | <input type="checkbox"/> - difficulté de motricité fine               |
| <input type="checkbox"/> - Trouble logico-mathématiques                             |   |
| <input type="checkbox"/> - Autres :   |   |

**Préciser :**

**Centre de santé scolaire de** .....  
**Dr** .....

Cachet et signature du médecin