



DIRECTION DE LA SANTE

....., le

Certificat médical pour une demande d'aménagement(s) des conditions d'examen pour un élève présentant un Handicap - 2024-2025

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) au¹ 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)²

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

Autres :

DIAGNOSTIC :

¹ Préciser l'examen.

² 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

Description de la déficience :

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