P O L Y N E S I E  F R A N Ç A I S E

**DIRECTION DE LA SANTE**

……., le …….

# Certificat médical pour une demande d'aménagement(s) des conditions d'examen pour un élève présentant un Handicap 2026-2027

*La DGEE traite vos données personnelles pour l'objet du formulaire et des finalités ultérieures liées à ses missions. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et pour exercer vos droits, consultez la Notice d'information à destination des usagers (disponible sur le site internet education.pf/donnees-personnelles/ – QR code ci-contre – et à l'accueil de la DGEE).*

**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 ……..[1] 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 :

☐**- lenteur de l'élève**

☐**- difficulté pour écrire**

☐- **difficulté l'oral**

☐- **trouble de la concentration, des troubles de l'attention**

☐- **difficulté de motricité globale**

☐**- Trouble logico-mathématiques**

☐- **Autres :**

☐**- difficulté en lecture**

☐- **dysorthographie**

☐- **difficulté de mémorisation**

☐- **difficulté d'organisation temporo-spatiale**

☐- **difficulté de motricité fine**

**Préciser :**

**Centre de santé scolaire de** ……

Dr ……

Cachet et signature du médecin