**DOCUMENT n° 4**



**Demande d’Aménagements aux examens  
*établi par le médecin ayant une bonne connaissance du handicap de l’élève***

*à l’attention du médecin désigné par la CDAPH – sous pli confidentiel*

**NOM ET PRENOM du candidat : date de Naissance :**

NOM et FONCTION DU MÉDECIN 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 docment s permettant d’évaluer la situation qui fait l’objet de la demande d’aménagement aux examens (comptes-rendus médicaux, audiogrammes, bilan ophtlamologique, bilna radiologique, analyses médicales , autres bilans).

Date :

Nom, **Cachet** et signature du Médecin: