

RÉGION ACADÉMIQUE
NOUVELLE-AQUITAINE

Année scolaire 20... / 20

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

DIRECTION DES EXAMENS ET CONCOURS

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION DES
EPREUVES AUX EXAMENS POUR LES CANDIDATS PRESENTANT UNE
LIMITATION TEMPORAIRE D'ACTIVITE**

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de famille du candidat : NOM d'usage du candidat :

Prénoms : Date de naissance : Sexe : F M

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse : Tél :

Candidat : individuel scolarisé (précisez l'établissement scolaire fréquenté) :

EXAMEN présenté (préciser la série ou la spécialité) :
(écrire en toutes lettres – pas de sigle)

Classe :

La présente demande devra être justifiée par un certificat médical (sous pli confidentiel) établissant avec précision la nature et l'importance de la limitation d'activité.

L'avis donné par le médecin n'est qu'indicatif. Il ne préjuge pas de la décision du recteur qui a seul compétence pour prendre la décision d'aménagement des conditions de l'examen.

AMENAGEMENTS DEMANDES PAR LE CANDIDAT

A....., le Signature :

AVIS MOTIVÉ DU MEDECIN assurant le suivi médical de l'intéressé

Aménagements dont peut bénéficier une personne atteinte d'une limitation temporaire d'activité : majoration de temps pour les épreuves écrites, orales, pratiques et préparation des épreuves orales ou pratiques ; accessibilité des locaux ; assistance d'un secrétaire.

M..... est atteint d'une limitation temporaire qui justifie les aménagements suivants :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A, le

Nom, prénom, signature et tampon du médecin



Ne pas oublier le certificat médical précisant la nature et l'importance de la limitation d'activité.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis éventuel du médecin conseil du recteur

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A Bordeaux, le

Nom, prénom, signature et tampon du médecin