

RÉGION ACADÉMIQUE

## DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES CONDITIONS D'EXAMENS

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

### Fiche complémentaire de renseignements médicaux

À FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT  
(médecin scolaire, médecin traitant, spécialiste)

Aagrafer sous pli confidentiel à la demande d'aménagements (fiche 1)  
Ce pli cacheté ne sera ouvert que par le médecin désigné par la MDPH

Nom et prénom de l'enfant

Date de naissance :

NOM ET FONCTION DU MEDECIN 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 documents permettant d'évaluer la situation qui fait l'objet de la demande d'aménagement aux conditions d'examens (comptes - rendus médicaux, audiogrammes, bilan orthophonique, bilan ophtalmologique, autres bilans...).**

Date :

Nom, **CACHET** et signature du médecin