



**CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL**  
**ETABLI PAR LE MEDECIN SCOLAIRE OU LE MEDECIN TRAITANT**

**COORDONNEES DU CANDIDAT**

Nom, prénom : .....

Né(e) le : .....

Domicilié(e) à : .....

Etablissement fréquenté : .....

Examen(s) préparé(s) : .....

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie avoir examiné le candidat désigné ci-dessus qui présente ce jour : .....

Au vu de cet examen médical, je soussigné(e), Docteur.....certifie que le candidat ci-dessus présente un handicap justifiant la mise en œuvre des mesures particulières suivantes (à cocher) :

**- MAJORATION DU TEMPS**

- Tiers-temps pour les épreuves écrites
- Tiers-temps pour la préparation théorique des épreuves pratiques
- Tiers-temps pour les épreuves orales
- Tiers-temps pour les épreuves pratiques
- Nécessité de pause
- Possibilité de se lever, de marcher, de changer de position
- Possibilité de sortir pour se restaurer et/ou faire des soins

**- ACCES AUX LOCAUX ET INSTALLATION MATERIELLE**

- Accès facile aux sanitaires
- Accessibilité des locaux (accès ascenseur, fauteuil roulant, etc ...)
- Installation matérielle dans la salle d'examen
- Affectation dans une salle à faible effectif
- Conditions d'éclairage de la table d'examen

**- AIDE HUMAINE**

- En cas de consignes orales, elles devront être données à voix haute, en articulant, le surveillant se plaçant face au candidat
- Assistance d'un secrétaire scripteur
- Assistance d'un secrétaire lecteur
- Présence d'un Interprète de Langues des Signes Français
- Présence d'un Codeur Langage Parlé Complété

**- AIDE TECHNIQUE**

- Utilisation d'un ordinateur
- Matériel d'écriture en braille

**- ADAPTATION DES SUJETS**

- Augmentation de la taille des caractères
- Transcription des sujets en braille

**- AMENAGEMENT D'EPREUVE ORALE : à préciser :**

.....

**- AUTRES AMENAGEMENTS**

.....

**Nombre total de cases cochées :**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin scolaire  
ou du médecin traitant