

**Imprimé à retourner au Rectorat - Direction des Examens et Concours – Bureau des Examens des lycées et collèges – DEC 2 – ce.dec@ac-martinique.fr tel : 0596 52 25 31**

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION DES EPREUVES AUX EXAMENS POUR LES CANDIDATS PRESENTANT UNE LIMITATION TEMPORAIRE D'ACTIVITE**  
Année scolaire 202\_\_\_ / 202\_\_\_

**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 de la rectrice qui a seule compétence pour prendre la décision d'aménagement des conditions de l'examen.

**EXAMEN :**

**SERIE :**

**CLASSE :**

**ETABLISSEMENT :**

**IDENTITE DU CANDIDAT**

**NOM de famille du candidat :**

Prénoms :

Date de naissance

Sexe :  F  M

Candidat :  individuel  scolarisé

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse :

Téléphone fixe, portable :

Adresse électronique

**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**

**AMENAGEMENTS DEMANDES PAR LE CANDIDAT**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

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

M \_\_\_\_\_ est atteint d'une limitation temporaire d'activité 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 \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ signature