

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