

**COMPLEMENT éventuel AUX BILANS MEDICAUX  
à faire remplir par le médecin référent de la pathologie**

**Aménagements des épreuves d'examens année 2023-24**

**A remplir par la famille ou le candidat majeur :**

J'autorise le médecin désigné CDAPH à contacter le médecin référent de la pathologie si nécessaire à l'étude de la demande d'aménagements :

OUI       NON

Date et signature :

Coordonnées du médecin :

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :**

Date de naissance : ... / ... /...

**o Diagnostic de la pathologie principale à l'origine du handicap:**

o Pathologies associées :

o Antécédents médicaux :

o Description clinique actuelle :

o Traitement, soins et prises en charge :

**o Retentissement fonctionnel**

***Joindre tous les documents permettant d'évaluer la situation médicale (compte-rendu médicaux, audiogrammes, bilan ophtalmologique, bilan radiologique, analyses médicales ou autres bilans).***

Date :

Nom, **CACHET** et signature du médecin :