**DOCUMENT N° 4**

**DEMANDE D’AMENAGEMENTS AUX EXAMENS**

**Fiche complémentaire de renseignements médicaux**

**A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN QUI SUIT L’ENFANT (de préférence spécialiste)**

|  |
| --- |
| **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 examens (comptes-rendus médicaux, audiogrammes, bilan ophtalmologique, bilan radiologiques, analyses médicales, autres bilans).***

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