

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

Aménagements des épreuves d'examens

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 :