

DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EPREUVES POUR LES CANDIDATS PRESENTANT UN HANDICAP

EXAMEN :

SESSION :

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT OU PAR SON REPRESENTANT LEGAL POUR LES MINEURS:

N O M : \_\_\_\_\_

*En lettres capitales*

Prénoms : \_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_\_

Ville de naissance : \_\_\_\_\_

Département de naissance : \_\_\_\_\_

Représentant légal : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle du candidat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Indiquer l'établissement fréquenté et la classe suivie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**JE DEMANDE L'AMENAGEMENT DES EPREUVES POUR CETTE SESSION**

A ....., le .....

Signature du candidat ou du représentant légal pour les candidats mineurs.

**Pièces à remettre au médecin lors du rendez-vous**

- **certificat médical descriptif de la pathologie établi par le médecin traitant**
- **documents médicaux complémentaires**

**La demande est à remettre :**

-au médecin scolaire, pour les candidats des établissements publics.

-au médecin responsable départemental de la promotion de la santé et action sociale en faveur des élèves à la direction des services départementaux pour les candidats des établissements privés et les candidats individuels (résidant dans le Val-de-Marne)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire.

Elle garantit aux candidats un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès de l'inspection académique dont ils relèvent.