académie Martinique

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ANNEXE 3

Imprimé à retourner au Rectorat -Division des Examens et Concours –Bureau des Examens de lycées et collèges – DEC 2 – ce.dec@ac-martinique.fr tel 0596522531

DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION DES EPREUVES AUX EXAMENS POUR LES CANDIDATS PRESENTANT UNE LIMITATION TEMPORAIRE D'ACTIVITE

Année scolaire 2016-2017

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 du recteur qui a seul 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