

## Bilan médical du candidat

A remplir par le médecin traitant et à transmettre sous pli cacheté « confidentiel »

Je soussigné(e), Docteur  médecin traitant, certifie avoir examiné le candidat :

NOM : <input type="text"/>	EXAMEN PRÉPARÉ : <input type="checkbox"/> Diplôme National du Brevet (série professionnelle)  <input type="checkbox"/> Certificat d'Aptitude Professionnelle Option Accompagnement Éducatif de la Petite Enfance
Prénom : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/>	

Lequel/laquelle présente un handicap tel que défini à l'article L.114-1 du Code de l'action sociale et des familles.

**Type de handicap** : (à cocher impérativement)

Visuel     Auditif     Moteur     Autre (préciser)

Handicaps liés à des Troubles Spécifiques du Langage et des apprentissages

### Trouble visuel

Déficience visuelle : *joindre un bilan ophtalmologique détaillé et les corrections, aménagements proposés.*

Préciser les besoins spécifiques :

### Trouble auditif

Déficience auditive : *joindre un audiogramme récent oreille droite/oreille gauche sans appareillage.*

Appareillage :

Préciser les besoins spécifiques :

Lecture labiale :  LPC     LSF    Nécessité d'un interprète :  LPC     LSF

Utilisation de matériel adapté, préciser :

### Trouble moteur

Déficience motrice et de l'appareil locomoteur : joindre un bilan fonctionnel d'évolution détaillé  
Type de déficience, localisation, appareillage s'il y a lieu :

Troubles associés :

Station debout pénible :  oui  non

Fauteuil roulant :  oui  non

Gêne aux déplacements :  oui  non

Gêne fonctionnelle occasionnée (en particulier sur l'écriture) :

Besoins spécifiques :

### Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages

Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages : *joindre impérativement*

- Le dernier bilan orthophonique chiffré et argumenté (antécédents de retard de langage, durée du suivi orthophonique, âge lexical ou vitesse de lecture, épreuve de lecture de mots, épreuves d'orthographe (résultats en ET ou en pourcentages).

- Original ou photocopie de bonne qualité de 2 devoirs rédigés (français et/ou histoire-géo) faits en classe et notés en précisant si elles sont rédigées avec ou sans aménagements.

- Le cas échéant : un résultat de test de QI (WISC), un bilan orthoptique et/ou en ergothérapie ou tout document que la famille estimera nécessaire pour l'instruction du dossier.

Dyslexie  Dysorthographe  Dysphasie  Dyscalculie

Dyspraxie/TDC  Dysgraphie  Trouble attentionnel

Besoins spécifiques :

### Autres troubles

Déficiences liées à l'épilepsie : *joindre le compte-rendu du dernier EEG.*

Type, fréquence des crises, traitement :

Besoins spécifiques :

Déficiences de la fonction cardiovasculaire : *joindre un bilan détaillé récent.*

Besoins spécifiques :

Déficiences de la fonction respiratoire : *joindre un bilan spécialisé détaillé récent.*

Moyens d'assistance respiratoire, traitement :

Besoins spécifiques :

Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive : *joindre un bilan spécialisé détaillé récent.*

Besoins spécifiques :

Autres : *joindre les bilans correspondants*

Préciser le diagnostic, la gêne fonctionnelle, la prise en charge prescrite et les aménagements à prévoir pour le déroulement des épreuves

Nom et coordonnées du médecin ayant rempli cet avis médical

Docteur :

Adresse complète :

Numéro de téléphone :

Cachet du médecin :

Date et signature :