

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 :
Prénom : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CAPa
Date de naissance : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BEPA-BAC PRO
Adresse : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BP
	<input type="checkbox"/> BPA
	<input type="checkbox"/> Bac techno STAV
	Option-spécialité : <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 détaillé avec les résultats et les écarts-type, datant de moins de 3 ans, et, s'il y a lieu, les bilans neuropédiatrique et/ou neuropsychologique, d'ergothérapie ou de psychomotricité,

- Une copie d'un devoir écrit de l'élève en situation, fournie par l'établissement de formation.

- Un résultat de test de QI (WISC), le cas échéant.

Dyslexie Dysorthographe Dysphasie Dyscalculie

Dyspraxie/TDC Dysgraphie Dysarthrie

Mode de communication habituel : verbal autre (préciser)

Lecture labiale : LPC LSF

Nécessité d'un interprète : LPC LSF

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

--

Nature des soins-contraintes

	Nature des soins	Fréquence et lieu des interventions
Traitement médicamenteux		
Traitement chirurgical		
Greffe/transplantation		
Soins psychothérapeutiques		

Autonomie

L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'une personne du même âge, non déficiente

Le candidat est capable de :	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communiquer oralement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom et coordonnées du médecin ayant rempli cet avis médical

Docteur :

Adresse complète :

Numéro de téléphone :

Cachet du médecin :

Date et signature :