

Bilan médical du candidat

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

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

NOM :	EXAMEN PREPARE :
PRENOM :	☐ CAPa
Date de naissance :	☐ BEPA – BAC PRO
Adresse :	☐ BP
	☐ BPA
	☐ Bac Techno STAV
	☐ BTSA
	OPTION – SPECIALITE :

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 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

☐ **Déficiences motrices 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 SPECIFIQUES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES

Troubles spécifiques des apprentissages : joindre impérativement

- un **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 psycho-motricité,
- une copie d'un devoir écrit de l'élève en situation, fournie par l'établissement de formation.
- Un résultat de test de QI, le cas échéant.

☐ Dysphasie ☐ Dyslexie ☐ Dysorthographe

☐ Dyscalculie ☐ Dysarthrie ☐ Dysgraphie ☐ Dyspraxie

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 spécialisé 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**. Préciser :

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			
Communiquer oralement			
Se comporter de façon logique et sensée			
Se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant			

Nom et coordonnées du médecin ayant rempli cet avis médical

Docteur : Adresse : Code Postal : Ville : Numéro de téléphone :	Cachet du médecin : Date et signature
---	--

