

CERTIFICAT MEDICAL-TYPE

Pour une demande d'aménagements aux examens et concours auprès de la
Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005 - circulaire n° 2011-220 du 27 décembre 2011

Je soussigné Dr

Certifie que Madame Monsieur

Né(e) le est atteint(e) mucoviscidose, maladie génétique,
chronique et évolutive qui lui pose les contraintes de santé tant au niveau
respiratoire que digestif, qui nécessitent :

- Un accès direct en salle d'examen (rez-de-chaussée ou par ascenseur)
 - Une place à l'abri du soleil pour éviter la déshydratation
 - La possibilité de sortir de la salle pour expectorer en raison de toux
 - La prise de sprays lors de crises bronchospastiques
 - La prise d'oxygène
 - Un accès rapide aux toilettes
 - La prise de sucre en cas d'hypoglycémie
 - Autre :
-

Ces contraintes justifient la demande d'aménagements des examens suivants :

- Tiers temps
- Conservation des notes
- Adaptation des épreuves suivantes
- Etalement sur plusieurs sessions, du passage des épreuves
- Dispense de (des) épreuve(s).....
- Priorité de passage aux épreuves orales
- Une période de repos et de repas suffisante entre deux épreuves prévues dans
la journée ; *cette période ne doit pas en toute hypothèse être inférieure à une
heure.*

Remis en mains propres, leSignature et cachet

Pour faire valoir ce que de droit,