

**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 :  PRENOM :  Date de naissance :  Adresse :	<u>EXAMEN PREPARE :</u>  <input type="checkbox"/> BEPA TEE – BAC PRO GMNF  <input type="checkbox"/> Bac Techno STAV  <input type="checkbox"/> BTSA GPN  <input type="checkbox"/> BTSA GEMEAU
---	--

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**

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

Préciser les besoins spécifiques :

**TROUBLE AUDITIF**

**Déficiences 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 :	<b>Cachet du médecin :</b>     Date et signature
Adresse :	
Code Postal :	
Ville :	
Numéro de téléphone :	