

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A COMPLETER, DATER ET SIGNER PAR LE RESPONSABLE LEGAL DU CANDIDAT

CANDIDAT

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ à _____

SEXE : MASCULIN ☐ FEMININ ☐

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

Afin de mettre en place les aménagements nécessaires à la scolarisation de l'élève dans notre établissement, nous vous demandons de répondre aux questions ci-dessous le plus précisément possible.

Le candidat a-t-il été diagnostiqué : ☐ dyslexique / dysorthographique ☐ TDA/H (troubles de l'attention)
☐ dyspraxique ☐ dysphasique ☐ dyscalculique
☐ autres (préciser) : _____

Par quel(s) professionnel(s) de santé un bilan / diagnostic a-t-il été établi ?

☐ orthophoniste ☐ psychomotricien / ergothérapeute ☐ psychologue
☐ neuropsychologue ☐ autres (préciser) : _____

Quelles sont ses préconisations pour l'adaptation en milieu scolaire ?

L'année scolaire précédente et / ou l'année scolaire en cours, le candidat a-t-il bénéficié des dispositifs ci-dessous. Précisez les aménagements mis en place :

☐ PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : _____

☐ PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation) : _____

☐ PPRE (Plan Personnalisé de Réussite Educative) : _____

☐ GEVA-SCO : _____

☐ PAI (Plan d'Accueil Personnalisé) : _____

Le candidat a-t-il bénéficié d'aménagements attribués par la CDAPH (Commission de Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels :

Le candidat bénéficie-t-il d'un AESH : ☐ OUI ☐ NON

Autres informations complémentaires que vous souhaitez porter à notre connaissance :

Je soussigné, M. et / ou Mme _____

Certifie(nt) exacts les éléments mentionnés ci-dessus concernant le candidat : _____

Fait à _____, le ____ / ____ / 2026

Signature