



PRÉFET DE LA RÉGION RHONE-ALPES

**Direction Régionale  
de la jeunesse, des sports  
et  
de la cohésion sociale**  
Pôle Emploi, Formations,  
Certifications  
Service des  
métiers paramédicaux et du  
travail social

**DOCUMENT N°2**

Télécopie : 04 72 61 39 93

**Certificat médical établi par le médecin traitant adressé sous pli cacheté au médecin expert auprès de la CDAPH et joint à la demande de mesures particulières établie par le candidat.**

**CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS  
DES EXAMENS**

( Circulaire n°2006-215 du 26 décembre 2006 - Décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005)

**SESSION**

**IDENTITE DU CANDIDAT**

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Examen préparé et date (s) prévue (s) :

Etablissement fréquenté (Nom, Adresse et Tél. ou Cachet) :

**CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF INITIAL**

Je soussigné (e), Docteur  
dessus qui présente ce jour :

certifie avoir examiné le candidat désigné ci-

Au vu de cet examen médical, je soussigné(e), Docteur,..... certifie que le candidat ci-dessus présente **un handicap** justifiant la mise en œuvre des mesures particulières suivantes (à cocher) :

Majoration d'un tiers temps :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - pour les épreuves de type écrit                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - pour les épreuves de type oral                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - pour les épreuves de type pratique             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - pour la préparation écrite des épreuves orales | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Accessibilité des locaux :                    déplacement en fauteuil     OUI     NON

Nécessité de pause(s) (fréquence, durée estimée...) (à préciser) :

Accès facile aux sanitaires.

Assistance d'un secrétaire.

Mise à disposition d'une machine à clavier.

Pour l'épreuve d'orthographe, présentation d'un texte avec correction de fautes.

Autres observations complémentaires et utiles à l'installation matérielle du candidat dans les meilleures conditions possibles (à préciser) (ex : nécessité d'une salle particulière).

➔ **Handicap AUDITIF** : mesures particulières suivantes (à cocher)

Nature du langage utilisé :.....

Les consignes orales devront être données à voix haute, en articulant, le surveillant se plaçant en face du candidat.

Port par le surveillant du système HF pour les épreuves écrites et/ou orales.

Assistance d'un enseignant spécialisé dans la rééducation des sourds, avec possibilité de traduction gestuelle ou écrite pour la compréhension du sujet et pour des précisions complémentaires lors de l'ensemble des épreuves.

Présence d'un interprète-codeur en :

- Français signé-langage des signes (LSF)
- Lecture labiale avec ou sans langage parlé complété (LPC)

Pour l'épreuve d'orthographe, présentation d'un texte avec correction de fautes.

Pour les épreuves orales, possibilité de réponses écrites.

Pour les épreuves de langue vivante, non-utilisation de bande magnétique.

Dispense des épreuves de langue vivante 2 pour les séries comportant cette épreuve.

Autres observations complémentaires (à préciser) :

➔ **Handicap VISUEL** : mesures particulières suivantes (à cocher) :

- Utilisation du matériel pédagogique spécifique mis à disposition du candidat.
- Installation matérielle particulière dans la salle d'examen (à préciser).
- Optimisation des conditions d'éclairage de la table de travail.
- Mise à disposition d'un matériel d'écriture en braille.
- Transcription des épreuves en braille.
- Augmentation de la taille des caractères (à préciser) :
- Autres observations complémentaires (à préciser) :

A..... , le .....

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN