**NOTIFICATION D’AVIS D’AMENAGMENT DE SELECTION, D’EXAMENS, DE FORMATION**

**POUR LES PERSONNES EN SITUTATION DE HANDICAP**

Remplie et signée par un médecin agréé CDAPH (document à retourner à l’IFSI-IFAS de Paray-le-Monial)

Cet avis concerne :

NOM : ……………………………………………… PRENOM : ………………………………………………………………

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Adresse :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............

Pour (cocher et remplir obligatoirement) :

🞎La sélection entrée en IFSI, pour l’année : ……..

🞎La sélection entrée en IFAS, pour l’année : …….

🞎Les enseignements (en IFSI-IFAS), pour l’année : ……

🞎Les évaluation (en IFSI-IFAS), pour l’année : ……….

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………………., médecin agréé par la CDAPH (ARS Bourgogne Franche-Comté), donne un avis favorable pour les aménagements suivants :

(*Au vu de la situation particulière du candidat, des informations médicales actualisées transmises à l’appui de sa demande, et en cohérence avec les conditions de déroulement de sa scolarité antérieure*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aménagements préconisés A préciser obligatoirement | | |
| Majoration d’un tiers temps  ◾ pour les épreuves écrites  ◾ pour les épreuves orales  ◾ pour les épreuves pratiques |      |  |
| Accessibilité aux locaux, aménagements des salles |  |  |
| Aide technique |  |  |
| Présentation des sujets |  |  |
| Aide humaine |  |  |
| Autre |  |  |

Fait à : ………………………………………………………………… **Signature et cachet du médecin agréé**,

Le : \_ \_ /\_ \_ / \_ \_ \_ \_