

**Scolarité EN3S**

**Certificat médical relatif À l’amenagement DE FORMATIONS ET / OU HÉBERGEMENT**

**à faire remplir par un médecin AGRÉÉ (1)**

Une fois complété, ajoutez ce document aux justificatifs demandés lors de votre inscription.

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin Agréé** | **Candidat** |
| Nom, Prénom : | Nom, Prénom : |
| Adresse : | Date de naissance : |
| Adresse : |

Je soussigné, Docteur , médecin agréé de l’administration,

certifie que M

Étudiant en formation à l’EN3S, présente une situation de handicap ou un état de santé justifiant l’application des dispositions suivantes :

**MESURES PARTICULIÈRES CONCERNANT LES ÉPREUVES ÉCRITES, ORALES ET LES TEMPS DE FORMATION**

*Cocher et/ou renseigner le tableau suivant*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Aménagements souhaités** | **Précisions** |
| ❑ | Majoration d’un tiers temps pour chaque épreuve |  |
| ❑ | Utilisation d’un ordinateur personnel |  |
| ❑ | Mise à disposition d’un ordinateur |  |
| ❑ | Assistance d’une tierce personne |  |
| ❑ | Mobilier particulier |  |
| ❑ | Sujets agrandis |  |
| ❑ | Logiciel particulier |  |
| ❑ | Accessibilité locaux |  |
| ❑ | Autre |  |



**MESURES PARTICULIÈRES CONCERNANT L’HÉBERGEMENT (le cas échéant)**

*Cocher et/ou renseigner le tableau suivant*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Aménagements souhaités** | **Précisions** |
| ❑ | Accessibilité locaux |  |
| ❑ | Mobilier particulier |  |
| ❑ | Assistance d’une tierce personne |  |
| ❑ |  |  |
| ❑ |  |  |
| ❑ |  |  |
| ❑ |  |  |
| ❑ |  |  |
| ❑ | Autre |  |

**Précisions complémentaires :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | A : |
| Le :  Signature |
| *(Cachet du médecin)* | |  |

(1)*La liste des médecins agréés est établie dans chaque département et disponible auprès de la préfecture ou sur le site internet de chaque Agence régionale de santé :* [*https://www.ars.sante.fr*](https://www.ars.sante.fr)