

**Demande d'aménagement des épreuves présentées
par un candidat en situation de handicap**
(Au sens de l'article 1114 du code de l'action sociale et des familles)

Document unique pour tous les examens

- Epreuves de sélection pour l'admission en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et la durée totale de la formation

1. Compléter et signer le document 1 relatif à votre identité

2. Faire remplir par le professionnel de santé (médecin, orthophoniste, ...) qui vous suit le document 2, y joindre un rapport récent relatif à votre handicap.

La Directrice de l'IFSI décidera des aménagements accordés en prenant appui sur l'avis rendu par le médecin.

Réservé à l'administration

Institut de Formation en Soins Infirmiers
du CH-MENTON
02 avenue Antoine Pégliion
06500 MENTON
Tel. : 04-93-28-72-15
Email : secretariat.ifsifas@ch-menton.fr

DECISION DE LA DIRECTRICE DE L'IFSI

AVIS FAVORABLE

AVIS DEFAVORABLE

A

Le

Cachet et signature

DOCUMENT 1

CANDIDAT

NOM:

PRENOM:

Né(e) le:

Adresse personnelle:

.....

.....

Telephone:

Email:

Je soussigné (e)..... ,
sollicite de la Directrice de l'IFSI, le bénéfice de mesures particulières pour les candidats
en situation de handicap en vertu des textes en vigueur.

A le

Nom et signature du candidat :

DOCUMENT 2

Certificat médical établi par le médecin traitant et joint à la demande de mesures particulières

Candidat en situation de handicap demandant à bénéficier de mesures particulières lors des examens (AU SENS DE L'ARTICLE L114 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES)

Document unique pour tous les examens

Identité du candidat

NOM:

PRENOM:

Date de naissance:

Certificat médical descriptif initial

Je soussigné (e) Docteur..... ,
certifie avoir examiné le candidat désigné ci-dessus qui présente ce jour :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENT 2

Nom et prénom du candidat :

MENAGEMENTS DEMANDES PAR LE CANDIDAT MAJEUR OU PAR LA FAMILLE (à cocher et à remplir)	Partie réservée au médecin	
I – Aménagements communs à tous les examens	AVIS DU MEDECIN	
Majoration d'un tiers temps : <input type="checkbox"/> Epreuves écrites <input type="checkbox"/> Epreuves Orales	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON
Aménagements spécifiques à préciser :		

Nom et prénom du médecin :

A le

Signature du médecin :