

**Demande d'aménagement des épreuves présentées
par un candidat en situation de handicap**
(Au sens de l'article I114 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
12 avenue Valombrose
06100 Nice
Tel. : 04-92-03-87-33
Email : ifsi@chu-nice.fr

DECISION DE LA DIRECTRICE DE L'IFSI

AVIS FAVORABLE

AVIS DÉFAVORABLE

A

Cachet et signature

Le

DOCUMENT 1**CANDIDAT**

NOM:

PRENOM:

Né(e) le:

Adresse personnelle:

.....

.....

Telephone:

Email:

Je soussigné (e),

solicite 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 :

Nom et prénom du médecin :

A le

Signature du médecin :