

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 12 avenue Valombrese 06100 Nice Tel. : 04-92-03-87-33 Email : ifsi@chu-nice.fr	
DECISION DE LA DIRECTRICE DE L'IFSI	
<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE	<input type="checkbox"/> 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 :