

# Description des aménagements nécessaires au poste adapté, ou informations à transmettre à l’équipe pédagogique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’établissement : |  | Année scolaire : |  |
| Adresse : |  |
| N° Téléphone : |  | N° Télécopie : |  |
| E-mail : |  |  |  |
| ***Classe ou groupe d’élèves concernés :*** |
| Identification *(exemple : 1ère ELEEC)* : |  |
| Nom de la classe *(en toutes lettres)* :  |  |
| Nom de l'élève : |  | Prénom : |  |

Demande d’aménagement

*Par exemple : élève doit s’asseoir régulièrement, mettre à sa disposition une chaise*

Informations :

*Par exemple : élève nécessite le port de lunettes de vue, ou le port d’un appareil auditif.*

Signature du Médecin
Nom et prénom (cachet)