



**NOTIFICATION D'AMENAGEMENT D'EPREUVE DE VALIDATION DE
MODULES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

*Remplie et signée par un médecin agréé désigné par la MDPH (document à retourner à l' IFAS
Simone Veil du CH d'Arcachon)*

Cet avis concerne :

NOM : PRENOM :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Pour les épreuves de validation de modules en IFAS pour l'année :

Je soussigné (e), médecin
agréé (désigné par la MDPH) , donne un avis favorable pour les aménagements suivants :

*(Au vu de la situation particulière du candidat, des informations médicales actualisées transmises
à l'appui de sa demande, et en cohérence avec les conditions de déroulement de sa formation)*

AMENAGEMENTS PRECONISES		A PRECISER OBLIGATOIREMENT
Majoration d'un tiers temps :		
<ul style="list-style-type: none">• Pour les épreuves écrites• Pour les épreuves orales• Pour les épreuves en pratiques simulées	<ul style="list-style-type: none">○○○	

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin agréé :