

# 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)