**CERTIFICAT MEDICAL POUR ARRANGEMENT PARTICULIER**

Je soussigné(e) Docteur(e) certifie que l’élève

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

nécessite un arrangement particulier pendant l’examen, notamment

Fait à ,le

**MEDICAL CERTIFICATE FOR SPECIAL ARRANGEMENTS**

I the undersigned Doctor certifies that the student

Last name:

First name:

Date of birth:

Requires special arrangements during examinations, notably