

Formulario para solicitud de adaptación - Exámenes DELF-DALF

(A ser completado por una autoridad médica especialista reconocida o una institución oficial acreditada)

El Centro de Exámenes analizará la solicitud según el documento marco proporcionado por France Éducation internationale, organismo oficial certificador en Francia. Para más información, consulte: <https://www.france-education-international.fr/article/declarer-handicap>

“Este documento se emite para efectos de certificación lingüística, sin que ello constituya un diagnóstico clínico detallado.”

Datos del candidato

Como aparecen en su ficha de inscripción

Nombre completo del candidato	
Fecha de nacimiento	
Número de identificación (CURP / otro)	
Centro de Exámenes	

Datos del profesional que emite el informe

Nombre completo	
Especialidad médica	
Institución / Hospital	
Cédula profesional	
Correo electrónico	
Teléfono	

Naturaleza de la(s) dificultad(es) o necesidad(es) específica(s) - Marcar la(s) que corresponda(n)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motora | <input type="checkbox"/> Visual |
| <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de atención (TDA/H) | <input type="checkbox"/> Trastorno del lenguaje (disfasia) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno “DYS” (dislexia, disortografía, etc.) | <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ |

Recomendaciones de adaptación para el examen - Marcar y/o describir claramente

<input type="checkbox"/> Sala separada	<input type="checkbox"/> Ambiente tranquilo	<input type="checkbox"/> Iluminación específica
<input type="checkbox"/> Asistencia humana	Tipo: <input type="checkbox"/> secretario/a de examen <input type="checkbox"/> Supervisor/a dedicado/a	
<input type="checkbox"/> Material técnico	Especificar: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Pausas específicas durante la prueba	Justificación médica: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Dispensa de una o varias competencias	Competencias: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Otras recomendaciones	_____ _____	

Observaciones adicionales:

--

Fecha de emisión: _____

Firma, nombre y sello del profesional: