

**DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES CONDITIONS D'EXAMENS  
POUR LES CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP**

**CANDIDAT**

NOM : ..... PRENOM : ..... Né(e) le : .....

NOM et PRENOM du représentant légal pour les candidats mineurs : .....

Adresse personnelle : N° ..... rue ..... Tél domicile : .....

Code postal ..... ville ..... Tél portable : .....

Email : .....

A déjà un dossier à la MDPH :  oui  non

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE**

NOM ETABLISSEMENT : .....

Adresse : ..... Tél. : ..... Fax : .....

..... Email : .....

Un PPS a-t-il été mis en place ?  oui  non      Un PAI ?  oui  non      Un PAP ?  oui  non

*(joindre les documents)*

Attention : la mise en place au cours de la scolarité d'un PAI, d'un PPS ou d'un PAP **ne préjuge pas de la décision du recteur**

L'élève a-t-il déjà bénéficié d'aménagements d'épreuves d'examen ou concours ?  oui  non

Année scolaire : ...../..... Examen ou concours : .....

Lesquels ? *(Joindre la photocopie de la décision)*

.....

**EPREUVES PREPAREES LORS DE L'ANNEE 2018/2019**

RELEVANT DE LA D.R.A.A.F.	RELEVANT DU RECTORAT
<input type="checkbox"/> C.A.P.A. : .....	<input type="checkbox"/> Épreuves anticipées du BAC Série : .....
<input type="checkbox"/> BAC PRO A : .....	<input type="checkbox"/> Terminale BAC général Série : .....
<input type="checkbox"/> B.T. STAV. : .....	<input type="checkbox"/> Terminale BAC technologique Série : .....
<input type="checkbox"/> B.T.S A : .....	<input type="checkbox"/> Terminale BAC professionnel Spécialité : .....
<input type="checkbox"/> B.P. A : .....	<input type="checkbox"/> C.A.P. (distinct de la préparation bac pro) spécialité : .....
	Niveau : <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année
	<input type="checkbox"/> C.A.P ou <input type="checkbox"/> B.E.P. <u>diplôme intermédiaire</u> - dans le cadre d'un BAC professionnel 3 ans : spécialité :
	Niveau : <input type="checkbox"/> Première professionnelle
	<input type="checkbox"/> Brevet professionnel Spécialité : .....
	<input type="checkbox"/> B.T.S. Spécialité : .....
	Niveau : <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année
	<input type="checkbox"/> DE CESF (Diplôme d'état de conseiller en économie sociale familiale)
	<input type="checkbox"/> DCG / DSCG (Diplômes (supérieurs) comptabilité et de gestion)
	.....
	<input type="checkbox"/> Certification en langues <input type="checkbox"/> Delf scolaire <input type="checkbox"/> BIA

Je soussigné(e), candidat(e) majeur(e) ou responsable légal(e), .....

Sollicite un aménagement des conditions d'examen, conformément aux dispositions réglementaires

**FORMULATION PRECISE DE LA DEMANDE :**

.....

Difficultés : .....

.....

Besoins : .....

.....

A ....., le .....

Signature du représentant légal ou du candidat majeur :