

DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION DES EPREUVES AUX EXAMENS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Première demande pour l'examen présenté | <input type="checkbox"/> Déficient auditif |
| <input type="checkbox"/> Demande complémentaire pour l'examen présenté
(joindre la première décision d'aménagement) | <input type="checkbox"/> Déficient visuel |

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de famille du candidat : NOM d'usage du candidat :

Prénoms : Date de naissance : Sexe : F M

Adresse : Tél. :

Adresse électronique :

Nom et adresse du représentant légal (si différent) :

Avez-vous un dossier à la maison des personnes handicapées (MDPH) ? OUI NON Si OUI, préciser le département de la MDPH :

EXAMEN PRESENTE

Examen présenté :

Série/spécialité/option
(écrire en toutes lettres – pas de sigle) :

Classe (ex : 3^{ème}, 1^{ère}, terminale, 1^{ère} année de CAP...)

Candidat : individuel / CNED
 scolarisé - précisez l'établissement scolaire fréquenté :

AMENAGEMENT DE LA SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE OU DE L'ANNEE EN COURS

- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) établi en classe de le
- Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) établi en classe de le
- Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) établi en classe de le

I AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S) PAR LE CANDIDAT	<u>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</u> les aménagements demandés ont-ils été mis en place pendant la scolarité ?	<u>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</u>
--	---	---

Organisation du temps

1) <input type="checkbox"/> Majoration de temps pour les épreuves : <input type="radio"/> A) écrites, préparation écrite des épreuves orales et pratiques, <input type="radio"/> B) orales, <input type="radio"/> C) pratiques		<input type="checkbox"/> Majoration de temps pour les épreuves : <input type="radio"/> A) <input type="radio"/> B) <input type="radio"/> C) Taux de majoration : <input type="radio"/> 1/3 temps <input type="radio"/> Autre (à préciser) :
2) <input type="checkbox"/> Possibilité de se déplacer, de sortir, de faire une pause, de se restaurer et/ou faire des soins, avec temps compensatoire (dès la 1 ^{ère} heure)		<input type="checkbox"/> A préciser :

AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S) PAR LE CANDIDAT	<u>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</u> les aménagements demandés ont-ils été mis en place pendant la scolarité ?	<u>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</u>
--	---	---

Accès aux locaux et installation matérielle (les aménagements relatifs à l'accès aux locaux et à l'installation matérielle ne pourront être accordés que si la configuration du centre d'examen le permet)

<p>3) <input type="checkbox"/> Locaux, installation de la salle (à préciser) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p><input type="checkbox"/> A préciser :</p>
<p>4) <input type="checkbox"/> Matériel particulier apporté par le candidat sauf ordinateur (à préciser) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p><input type="checkbox"/> A préciser :</p>

Aides techniques

<p>5) <input type="checkbox"/> Utilisation d'un ordinateur</p> <p><input type="radio"/> A) ordinateur du candidat (si logiciels spécifiques à préciser ci-dessous)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> B) ordinateur du centre d'examen (équipé au minimum d'un tableur, d'un traitement de textes et d'acrobat reader)</p> <p>Une clé USB sera mise à disposition du candidat par le centre d'examen pour faciliter l'impression des copies</p>		<p><input type="checkbox"/> Utilisation d'un ordinateur</p> <p><input type="radio"/> A)</p> <p><input type="radio"/> B)</p>
<p>6) <input type="checkbox"/> Mise en forme des sujets</p> <p><input type="radio"/> A) Braille Intégral</p> <p><input type="radio"/> B) Braille abrégé</p> <p><input type="radio"/> C) Agrandissement format A4 au format A3</p> <p style="color: red; text-align: center;">OU</p> <p><input type="radio"/> D) Agrandissement des polices d'écriture (Arial uniquement) édition au format A4</p> <p>a) <input type="radio"/> Arial 16, interligne 1.5</p> <p>b) <input type="radio"/> Arial 20, interligne 1.5</p> <p><input type="radio"/> E) Sujet au format PDF en version numérique (support CD)</p>		<p><input type="checkbox"/> Mise en forme des sujets</p> <p><input type="radio"/> A)</p> <p><input type="radio"/> B)</p> <p><input type="radio"/> C)</p> <p><input type="radio"/> D) <input type="radio"/> a) <input type="radio"/> b)</p> <p><input type="radio"/> E)</p>

Aides humaines

<p>7) <input type="checkbox"/> Nom, prénom, qualité (AVS, enseignants...)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A) <input type="radio"/> Secrétaire lecteur</p> <p>B) <input type="radio"/> Secrétaire scripteur</p> <p>C) <input type="radio"/> Assistant (préciser la nature de l'assistance)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p><input type="radio"/> A)</p> <p><input type="radio"/> B)</p> <p><input type="radio"/> C)</p>
---	--	--

NOM du candidat :

Prénom :

II AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S) PAR LE CANDIDAT	<u>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</u> (pour les candidats scolaires) La demande est-elle conforme à la réglementation ?	<u>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</u>
---	--	---

Autres mesures

<p>8) <input type="checkbox"/> Etalement du passage des épreuves :</p> <p><input type="radio"/> A) la même année (sauf pour les épreuves facultatives et les BTS)</p> <p>- Epreuves prévues en juin :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>- Epreuves prévues en septembre :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> B) sur plusieurs sessions (préciser pour chaque session, l'intitulé exact des épreuves à passer) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p><input type="checkbox"/> Etalement du passage des épreuves :</p> <p><input type="radio"/> A) la même année</p> <p><input type="radio"/> B) sur plusieurs sessions</p>
<p>9) <input type="checkbox"/> Epreuves déjà passées dont vous demandez la conservation des notes sur 5 ans (préciser seulement les notes < 10, l'année d'obtention, l'académie et fournir le relevé de notes) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p><input type="checkbox"/> Conservation des notes, même inférieures à 10/20, sur 5 ans :</p>
<p>10) <input type="checkbox"/> Adaptation d'épreuves si le règlement de l'examen le permet :</p> <p><input type="radio"/> A) Dictée aménagée (pour le DNB uniquement)</p> <p><input type="radio"/> B) Autre adaptation préciser l'épreuve et le type d'adaptation :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p><input type="checkbox"/> Adaptation d'épreuves :</p> <p><input type="radio"/> A) Dictée aménagée</p> <p><input type="radio"/> B) Autre adaptation préciser l'épreuve et le type d'adaptation :</p>

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE : voir annexe

**DEMANDE D'AMENAGEMENT
DES CONDITIONS DE PASSATION DES EPREUVES AUX EXAMENS
(Récapitulatif - document 1)**

A remplir obligatoirement par le candidat

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Première demande pour l'examen présenté | <input type="checkbox"/> Déficient auditif |
| <input type="checkbox"/> Demande complémentaire pour l'examen présenté | <input type="checkbox"/> Déficient visuel |

NOM de famille du candidat :	NOM d'usage du candidat :
Prénoms :	Date de naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse :	
Etablissement fréquenté :	Classe :
Examen présenté - série/spécialité/option :	
(écrire en toutes lettres – pas de sigle)	

**RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS
SOLLICITES PAR LE CANDIDAT**

Date de dépôt du dossier dans l'établissement scolaire :

Préciser impérativement le(s) numéro(s) des aménagements demandés :

.....

A....., le

Signature des parents ou du candidat majeur :

Visa du chef d'établissement après contrôle de la conformité des pages 1, 2 et 3

A....., le

Signature et cachet du chef d'établissement :

**AVIS du médecin désigné par la CDAPH
sur les aménagements demandés**

⇒ **Avis favorable** pour les numéros :

⇒ **Avis défavorable** pour les numéros :

↳ **Avis circonstancié obligatoire en cas d'avis défavorable total ou partiel**

- les pièces justificatives produites ne permettent pas d'émettre un avis favorable (n°.....)
- aucune pièce justificative n'a été jointe (n°.....)
- les aménagements demandés ne répondent pas aux difficultés alléguées (n°.....)
- la demande n'est pas conforme à la réglementation en vigueur pour le diplôme présenté (n°.....)
- autre motif (n°.....)

A....., le

Nom, prénom du médecin :

Signature du médecin :

Tampon du médecin obligatoire

observations :

.....

.....

.....