

RÉGION ACADÉMIQUE  
NOUVELLE-AQUITAINE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

Direction des Examens et Concours

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION  
DES EPREUVES AUX EXAMENS  
organisées par le recteur d'académie  
Session 2018-2019**

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

Le candidat/la famille doit compléter le formulaire et joindre toutes les pièces médicales nécessaires pour éclairer l'avis du médecin.

**EXAMEN PRESENTE**

**Examen présenté** : .....

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

**Classe** (ex : 3<sup>ème</sup>, 1<sup>ère</sup>, terminale, 1<sup>ère</sup> 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**

- |   |                           |          |
|---|---------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Projet d'Accueil Individualisé (PAI)       | établi en classe de ..... | le ..... |
| <input type="checkbox"/> Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) | établi en classe de ..... | le ..... |
| <input type="checkbox"/> Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) | établi en classe de ..... | le ..... |

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

**Organisation du temps**

<b>1 - Majoration de temps pour les épreuves :</b> <input type="radio"/> 1.1 - 1/3 tps pour les épreuves écrites et pour préparation écrite des épreuves orales et pratiques, <input type="radio"/> 1.2 - 1/3 tps pour les épreuves orales, <input type="radio"/> 1.3 - 1/3 tps pour les épreuves pratiques	MH102 MH104  MH103 MH105	<b>Majoration de temps pour les épreuves :</b> <input type="radio"/> 1.1 <input type="radio"/> 1.2 <input type="radio"/> 1.3  <input type="radio"/> Autre (à préciser) : .....
--	--------------------------------------	--

NOM du candidat :

Prénom :

<b>I</b> <b>AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S)            PAR LE CANDIDAT</b>	<b>Codes            cyclades</b>	<b><u>A remplir            obligatoirement par            l'établissement du            candidat</u></b> les aménagements demandés ont-ils été mis en place pendant la scolarité ?	<b><u>Réservé au médecin            désigné par la CDAPH</u></b>
<b>2 - Possibilité de se déplacer, de sortir, de faire une pause, de se restaurer et/ou faire des soins, avec temps compensatoire (dès la 1<sup>ère</sup> heure)</b>	MH118		<input type="radio"/> 2  <input type="radio"/> Autre (à préciser) :

**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)

<b>3 - Locaux, installation de la salle (à préciser) :</b> <input type="radio"/> 3.1 – Accès facile aux sanitaires <input type="radio"/> 3.2 – proximité de l'infirmerie <input type="radio"/> 3.3 – accessibilité des locaux rdc avec accès direct ou non <input type="radio"/> 3.4 – conditions particulière d'éclairage à préciser : ..... ..... <input type="radio"/> 3.5 – poste de travail ou mobilier adapté à préciser : ..... ..... <input type="radio"/> 3.6 – salle à faible effectif	MH201 MH202 MH204  MH209  MH211  MH212		<input type="radio"/> 3.1 <input type="radio"/> 3.2 <input type="radio"/> 3.3 <input type="radio"/> 3.4 <input type="radio"/> 3.5 <input type="radio"/> 3.6  Autre (à préciser) :
<input type="radio"/> 4 - Matériel particulier apporté par le candidat sauf ordinateur (à préciser) :	MH403		<input type="radio"/> 4  Autre (à préciser) :

**Aides techniques**

<b>5- Utilisation d'un ordinateur</b> <input type="radio"/> 5.1 – ordinateur du candidat <input type="radio"/> 5.2 – ordinateur du centre d'épreuve <input type="radio"/> 5.3 – utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe. A préciser :  Dans le cas d'utilisation de logiciels et de l'ordinateur du centre, il appartient au candidat d'apporter les logiciels et de demander leur installation.	MH413 MH414 MH405		<input type="radio"/> 5.1 <input type="radio"/> 5.2 <input type="radio"/> 5.3
---	-------------------------	--	---

NOM du candidat :

Prénom :

<b>I</b> <b>AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S)          PAR LE CANDIDAT</b>	<b>Codes  <u>cyclades</u></b>	<b><u>A remplir obligatoirement          par l'établissement du          candidat</u></b> les aménagements demandés ont-ils été mis en place pendant la scolarité ?	<b><u>Réservé au médecin          désigné par la CDAPH</u></b>
<b>6 - Mise en forme des sujets</b> <input type="radio"/> 6.1 – sujet en braille intégral <input type="radio"/> 6.2 – sujet en braille abrégé <input type="radio"/> 6.3 – sujet en caractères agrandis - arial 16 <input type="radio"/> 6.4 – sujet en caractères agrandis - arial 20 <input type="radio"/> 6.5 – sujet en format numérique (PDF uniquement) <input type="radio"/> 6.6 – <b>Dictée aménagée</b> (pour le DNB uniquement)	MH301 MH302 MH310 MH303 MH306  MH611		<input type="radio"/> 6.1 <input type="radio"/> 6.2 <input type="radio"/> 6.3 <input type="radio"/> 6.4 <input type="radio"/> 6.5 <input type="radio"/> 6.6

**Aides humaines**

<b>7 - Nom, prénom, qualité (AVS, enseignants...)</b> ..... .....  <input type="radio"/> 7.1 – secrétaire lecteur <input type="radio"/> 7.2 – secrétaire scripteur (sauf pour la dictée) <input type="radio"/> 7.3 – assistant ( <i>préciser la nature de          l'assistance</i> )	MH 512 MH 517  MH 501		<input type="radio"/> 7.1 <input type="radio"/> 7.2 <input type="radio"/> 7.3
--	--------------------------------	--	---

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

**Autres mesures**

<b>8 - Etalement du passage des épreuves :</b> <input type="radio"/> 8.1 – <b>la même année</b> (sauf pour les épreuves facultatives et les BTS) - Epreuves prévues en juin : ..... ..... ..... ..... ..... ..... - Epreuves prévues en septembre : ..... ..... ..... ..... ..... ..... <input type="radio"/> 8.2 – <b>sur plusieurs sessions</b> ( <i>préciser pour chaque session, l'intitulé exact          des épreuves à passer</i> ) : ..... ..... ..... ..... .....	MH610		<input type="radio"/> 8.1 <input type="radio"/> 8.2
---	-------	--	--

NOM du candidat :

Prénom :

<b>II</b> <b>AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S) PAR LE CANDIDAT</b>	<b>Codes cyclades</b>	<b><u>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</u></b> (pour les candidats scolaires) La demande est-elle conforme à la réglementation ?	<b><u>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</u></b>
<p><b>○ 9 – Conservation des notes inférieures à 10</b> Epreuves déjà passées dont vous demandez la conservation des notes sur 5 ans (<i>préciser seulement les notes &lt; 10/20, l'année d'obtention, l'académie et fournir le relevé de notes</i>)</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... .....</p>	MH609		<p><b>○ 9 - Conservation des notes, même inférieures à 10/20, sur 5 ans :</b></p>
<p><b>○ 10 – Autres adaptation d'épreuves</b> si le règlement de l'examen le permet <i>Préciser le type d'adaptation à l'exception des adaptations de sujets voir point 6 :</i></p> <p>..... ..... ..... ..... ..... .....</p>			<p><b>○ 10 Préciser l'épreuve et le type d'adaptation :</b></p>

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE : voir annexe

**DEMANDE D'AMENAGEMENT  
DES CONDITIONS DE PASSATION DES EPREUVES AUX EXAMENS  
Session 2018 - 2019**

**(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  |

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

**RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS  
SOLLICITES PAR LE CANDIDAT**

**RNE établissement :** .....

**Date de dépôt du dossier dans l'établissement  
scolaire :**

**Préciser impérativement le(s) numéro(s) des  
aménagement(s) demandés (exemple : 1.1,2.3,5.1...) :**

.....

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

Signature des parents ou du candidat majeur :

**Visa du chef d'établissement après contrôle de la  
conformité des pages 1, 2, 3 et 4**

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°.....)

⇒ **Demande tardive**

- le handicap est révélé depuis la période d'inscription

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

**Nom, prénom du médecin :** .....

**Signature du médecin :**

**Tampon du médecin obligatoire**

**observations :** .....