

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS D'EXAMEN
POUR LES CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP**

A remplir par l'établissement

CANDIDAT

Civilité* : M. ou Mme NOM : PRENOM :
Né(e) le : à :
NOM et PRENOM du représentant légal pour les mineurs :
Adresse géographique :
Boite Postale : Ville :
Téléphone : Email :
Nom de l'établissement scolaire fréquenté : Classe :
Dispositif : CJA CETAD SEGPA ULIS autres (préciser)
Examen préparé : Série ou spécialité : Epreuves facultatives :

(*rayer les mentions inutiles)

A remplir par la famille ou le candidat majeur

L'élève a-t-il bénéficié d'une **prolongation de sa scolarité** ? OUI, en classe de NON

→ Un PPS/PPF a-t-il été mis en place ? OUI NON

→ Un PAP a-t-il été mis en place ? OUI NON

→ Un PAI a-t-il été mis en place ? OUI NON

L'élève a-t-il bénéficié d'une **rééducation** ?

NON OUI, laquelle : ORTHOPHONIQUE ORTHOPTIQUE PSYCHOMOTRICE

Autres :

Des **aménagements d'épreuves d'examen** ont-ils déjà été accordés ? OUI NON

Si oui, pour quelle année scolaire : pour quel examen :

Obligatoire : Précisez les aménagements accordés :

.....
.....

Si votre enfant est porteur d'un **trouble spécifique des apprentissages**, cocher les situations qui le concerne :

Il a eu un bilan orthophonique il y a moins de 2 ans (fournir le document au médecin scolaire)

Il a eu un bilan psychométrique (fournir le document au médecin scolaire si disponible)

Il a eu un autre bilan (fournir le document au médecin scolaire si disponible)

Il a été ou est toujours suivi en rééducation

FORMULATION DE LA DEMANDE

Je soussignée, M., Mme, candidat(e) majeur(e) ou responsable légal, sollicite

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

la conservation pendant 5 ans des notes déjà obtenues à ce diplôme ; précisez les matières :

.....

A, le / / Signature du représentant légal ou du candidat majeur

Ce document est à remettre au chef de l'établissement dans lequel est inscrit le candidat

Difficultés durables rencontrées par l'élève :

Hiérarchiser les difficultés en les codant de : 1 = totalement compensées à 4 = très invalidantes (Rayer les items si pas de difficultés)

- | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Attention | <input type="checkbox"/> Lenteur | <input type="checkbox"/> Mémorisation | <input type="checkbox"/> Fatigabilité | <input type="checkbox"/> Relation sociales |
| <input type="checkbox"/> Expression orale | <input type="checkbox"/> Lecture d'images, cartes, figures | <input type="checkbox"/> Logique, raisonnement | | |
| <input type="checkbox"/> Lecture de textes, énoncés | <input type="checkbox"/> Compréhension de textes lus | <input type="checkbox"/> Compréhension orale | | |
| <input type="checkbox"/> Pour finir les exercices et épreuves dans les délais impartis | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pour finir un travail écrit (écriture peu ou pas lisible, difficultés en production ou en copie...) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pour orthographier même les mots courants (erreur, écriture phonétique...) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autres, préciser : | | | | |

Mesures mises en place durant l'année scolaire : (cocher la ou les cases)

- Dans le cadre d'un : PPS/PPF PAP PAI Autre :
- En classe pour favoriser les apprentissages Lors des situations d'évaluation

Pour les enfants bénéficiant d'un PAP : Préciser les éléments d'aide mis en place

- 1/3 temps écrit 1/3 temps oral Autre :
- Lecture des consignes Reformulation des consignes
- Documents adapté (police, taille, interlignes...)
- Matériel adapté Ordinateur précisez si logiciel spécifique :
- Cours numérisés ou photocopiés Autre :
- Aide humaines
- Préciser son rôle : Secrétaire scripteur Secrétaire lecteur Autre :
- Aménagements disciplinaires : Langues (détailler précisément) :
- Cartographie : Autre :
- L'élève a-t-il bénéficié de mesures particulières pour un autre examen ?
- NON OUI, lesquelles :

Obligatoire : Quels aménagements vous semblent nécessaires pour l'examen : (conformément aux dispositions réglementaires)

Nom du Professeur principal(e) qui a renseigné le dossier :

A, le / /

Cachet et signature du chef d'établissement

Joindre au dossier les pièces suivantes et transmettre le tout à la DGEE - BEX :

- Copie de la confirmation d'inscription à l'examen
- Copie des 3 derniers bulletins scolaires
- Copie du PPS, PPF, PAP ou PAI
- Certificat médical du médecin scolaire et bilans divers sous enveloppe scellée

Dossier reçu le / /	Hors délais : <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé
Formulaire entièrement renseigné	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pièces jointes - 3 derniers bulletins scolaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- PPS, PPF, PAP ou PAI	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Enveloppe médicale scellée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Dossier complet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON : Retour à l'établissement le / /	
Dossier étudié à la commission du / /	
Avis du médecin : <input type="checkbox"/> OUI	
<input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/> Informations manquantes :	
<input type="checkbox"/> Pièce manquante :	
Retour à l'établissement le / /	

Dossier reçu le / /	Hors délais : <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé
Formulaire entièrement renseigné	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pièces jointes - 3 derniers bulletins scolaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- PPS, PPF, PAP ou PAI	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Enveloppe médicale scellée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Dossier complet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON : Retour à l'établissement le / /	
Dossier étudié à la commission du / /	
Avis du médecin : <input type="checkbox"/> OUI	
<input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/> Informations manquantes :	
<input type="checkbox"/> Pièce manquante :	
Retour à l'établissement le / /	

Dossier reçu le / /	Hors délais : <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé
Formulaire entièrement renseigné	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pièces jointes - 3 derniers bulletins scolaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- PPS, PPF, PAP ou PAI	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Enveloppe médicale scellée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Dossier complet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON : Retour à l'établissement le / /	
Dossier étudié à la commission du / /	
Avis du médecin : <input type="checkbox"/> OUI	
<input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/> Informations manquantes :	
<input type="checkbox"/> Pièce manquante :	
Retour à l'établissement le / /	

DECISION DU DIRECTEUR GENERAL DE L'EDUCATION ET DES ENSEIGNEMENTS :

Conforme à l'avis du médecin

(cf. P.V. n°/..... de la commission d'aménagement des examens du / /) :

Autre décision :
.....
.....

Le Directeur général,

Éric TOURNIER