

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

**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

**A remplir par la famille ou le candidat majeur**

**CANDIDAT**

Civilité :  M.  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 : .....

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**

**A remplir par le chef d'établissement et le Professeur Principal**

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

**Cadre réservé au Bureau des examens de la D.G.E.E.**

Dossier reçu le ..... / ..... / .....

Hors délais :  Accepté  Refusé

Formulaire entièrement renseigné  OUI  NON

Pièces jointes - 3 derniers bulletins scolaires  OUI  NON

- PPS, PPF, PAP ou PAI  OUI  NON

- Enveloppe médicale scellée  OUI  NON

Dossier complet :  OUI  NON : Retour à l'établissement le ..... / ..... / .....

Dossier étudié à la commission du ..... / ..... / .....

Avis du médecin :  OUI  NON :  Informations manquantes : .....

Pièce manquante : .....

Retour à l'établissement le ..... / ..... / .....

Dossier reçu le ..... / ..... / .....

Hors délais :  Accepté  Refusé

Formulaire entièrement renseigné  OUI  NON

Pièces jointes - 3 derniers bulletins scolaire  OUI  NON

- PPS, PPF, PAP ou PAI  OUI  NON

- Enveloppe médicale scellée  OUI  NON

Dossier complet :  OUI  NON : Retour à l'établissement le ..... / ..... / .....

Dossier étudié à la commission du ..... / ..... / .....

Avis du médecin :  OUI  NON :  Informations manquantes : .....

Pièce manquante : .....

Retour à l'établissement le ..... / ..... / .....

Dossier reçu le ..... / ..... / .....

Hors délais :  Accepté  Refusé

Formulaire entièrement renseigné  OUI  NON

Pièces jointes - 3 derniers bulletins scolaire  OUI  NON

- PPS, PPF, PAP ou PAI  OUI  NON

- Enveloppe médicale scellée  OUI  NON

Dossier complet :  OUI  NON : Retour à l'établissement le ..... / ..... / .....

Dossier étudié à la commission du ..... / ..... / .....

Avis du médecin :  OUI  NON :  Informations manquantes : .....

Pièce manquante : .....

Retour à l'établissement le ..... / ..... / .....