

☐ **Conforme à l'avis du médecin**
(cf. P.V. n°/..... de la commission d'aménagement des examens du / /):

☐ **Autre décision :**
.....
.....

Le Directeur général,

Rainui HUGON

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



La DGEE traite vos données personnelles pour l'objet du formulaire et des finalités ultérieures liées à ses missions. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et pour exercer vos droits, consultez la Notice d'information à destination des usagers (disponible sur le site internet education.pf/donnees– QR code ci-contre – et à l'accueil de la DGEE). A remplir par la famille ou le candidat majeur

CANDIDAT

NOM de famille du candidat : Prénom(s) :
Date de naissance : Sexe : F ☐ / M ☐
Adresse géographique :
Téléphone : Email :
Candidat :
☐ Individuel
☐ Scolarisé – précisez le nom de l'établissement scolaire Classe :
Examen préparé : Série ou spécialité :
Dispositif : ☐ CJA ☐ CETAD ☐ SEGPA ☐ ULIS ☐ autres (préciser)

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 ou des aménagements des conditions d'examen, conformément aux dispositions réglementaires (préciser le nombre d'aménagements) :

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)

☐ Attention

☐ Lenteur

☐ Mémorisation

☐ Fatigabilité

☐ Relation sociales

☐ Expression orale

☐ Lecture d'images, cartes, figures

☐ Logique, raisonnement

☐ Lecture de textes, énoncés

☐ Compréhension de textes lus

☐ Compréhension orale

☐ Pour finir les exercices et épreuves dans les délais impartis

☐ Pour finir un travail écrit (écriture peu ou pas lisible, difficultés en production ou en copie...)

☐ Pour orthographier même les mots courants (erreur, écriture phonétique...)

☐ 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 :

Obligatoire : Quels aménagements vous semblent nécessaires pour l'examen : (préciser le code et l'intitulé ; conformément aux dispositions réglementaires)

MH..... :
MH..... :
MH..... :
MH..... :
MH..... :
MH..... :
MH..... :
MH..... :

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 / /