

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION  
DES EPREUVES AUX EXAMENS  
organisées par le recteur d'académie  
Session 2019-2020**

Direction des Examens et Concours

- |  |  |
|--|--|
| <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  |



**Les élèves de 1ère des voies générales et technologiques préparant au Bac 2021 ne sont pas concernés par ce formulaire. Cf formulaire spécifique**

**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><u>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</u></b> Aménagements mis en place pendant la scolarité ? <b>OUI/NON</b> Préciser.	<b><u>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</u></b>
----------	--	---------------------------	---	---

**Organisation du temps**

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

NOM du candidat :

Prénom :

<b>I</b> <b>AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S)            PAR LE CANDIDAT</b>	<u>Codes cyclades</u>	<u>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</u> Aménagements mis en place pendant la scolarité ? <b>OUI/NON</b> Préciser.	<u>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</u>
<input type="radio"/> <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"/> <b>2</b>  <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"/> <b>A</b> – Accès facile aux sanitaires <input type="radio"/> <b>B</b> – proximité de l'infirmierie <input type="radio"/> <b>C</b> – accessibilité des locaux rdc avec accès direct ou non <input type="radio"/> <b>D</b> – conditions particulière d'éclairage à préciser : ..... <input type="radio"/> <b>E</b> – poste de travail ou mobilier adapté à préciser : ..... <input type="radio"/> <b>F</b> – salle à faible effectif	MH201 MH202 MH204 MH209 MH211 MH212		<input type="radio"/> <b>3-A</b> <input type="radio"/> <b>3-B</b> <input type="radio"/> <b>3-C</b> <input type="radio"/> <b>3-D</b> <input type="radio"/> <b>3-E</b> <input type="radio"/> <b>3-F</b>  Autre (à préciser) :
<input type="radio"/> <b>4 - Matériel particulier apporté par le candidat sauf ordinateur (à préciser) :</b>	MH403		<input type="radio"/> <b>4</b>  Autre (à préciser) :

**Aides techniques**

<b>5- Utilisation d'un ordinateur</b> <input type="radio"/> <b>A</b> – ordinateur du candidat <input type="radio"/> <b>B</b> – ordinateur du centre d'épreuve <input type="radio"/> <b>C</b> – 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"/> <b>5-A</b> <input type="radio"/> <b>5-B</b> <input type="radio"/> <b>5-C</b>
--	-------------------------	--	--



NOM du candidat :

Prénom :

<b>II</b> <b>AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S) PAR LE CANDIDAT</b> <b>Si la réglementation de l'examen le permet</b>	<b>Codes cyclades</b>	<b><u>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</u></b> (pour les candidats scolaires) <b>La demande est-elle conforme à la réglementation ?</b>	<b><u>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</u></b>
<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> )  ..... ..... ..... ..... ..... .....	MH609		<b>○ 9 - Conservation des notes, même inférieures à 10/20, sur 5 ans :</b>
<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>  ..... ..... ..... ..... ..... .....			<b>○ 10 Préciser l'épreuve et le type d'adaptation :</b>

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE : voir annexe

**DEMANDE D'AMENAGEMENT  
DES CONDITIONS DE PASSATION DES EPREUVES AUX EXAMENS  
Session 2019 - 2020**

**(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-A/3-C/5-B/...) :**

.....

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 :** .....