

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

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,

Thierry DELMAS

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 : <input type="checkbox"/> CJA <input type="checkbox"/> CETAD <input type="checkbox"/> SEGPA <input type="checkbox"/> ULIS <input type="checkbox"/> 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 **aménagement 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 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

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

Dossier reçu le / / Hors délais : Accepté

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 : 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	<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 : 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	<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 : 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 / /