

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES EPREUVES DES EXAMENS POST-BACCALAUREAT

Procédure complète

FORMULAIRE A RENSEIGNER AU PLUS TARD AVANT LA DATE LIMITE D'INSCRIPTION A L'EXAMEN

Ce formulaire de demande d'aménagements des conditions de passation des épreuves d'examens POST-BAC est à compléter par le candidat - ou par les représentants légaux s'il est mineur - **et par l'équipe pédagogique.**

En cas d'échec à l'examen, les aménagements accordés lors de la précédente session sont reconduits à l'identique. Pour une demande d'aménagements différents, une nouvelle procédure doit être effectuée.

- Ne dispose d'aucun aménagement sur le temps scolaire
- Dispose d'aménagements sur le temps scolaire mais souhaite des aménagements complémentaires
- Présente une limitation temporaire d'activité (les aménagements accordés ne seront pas reconduits l'année suivante)

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de famille du candidat : NOM d'usage du candidat :

Prénom(s) : Date de naissance : Sexe : F M

Adresse : Tél. :

Adresse électronique :

Nom et adresse du représentant légal (si différent) :

..... Candidat :

- Individuel
- scolarisé - précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat
- apprenti - précisez le centre de formation où est inscrit le candidat
- stagiaire de la formation professionnelle continue - précisez le centre de formation où est inscrit le candidat

Ville : Tél : Courriel :

EXAMEN PRESENTE

- Brevet de technicien supérieur (BTS), spécialité : **Précisez l'année de l'examen :**
- Diplômes comptables supérieurs - DCG ou DSCG (entourez l'examen présenté) :
- Diplômes de l'éducation spécialisée - DEME
- Diplômes de l'éducation spécialisée - DEES ou DEETS (entourez l'examen présenté)
- DE CESF
- DN MADE
- DTS IRMT

AMENAGEMENTS DE LA SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE OU DE L'ANNEE EN COURS

Joindre la photocopie du plan/projet concerné ou de la notification AESH

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Un PPS a-t-il été mis en place ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Un PAI a-t-il été mis en place ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Un PAP a-t-il été mis en place ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| L'élève bénéficie-t-il d'un AESH | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

N.B : Seuls les aménagements conformes au règlement de l'examen sont possibles

NOM.....PRENOM..... 1

Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son représentant légal</u>	Appréciation de l'équipe pédagogique A remplir obligatoirement <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité Administrative
TEMPS OU ESPACE			
1. Majoration de temps			
1.1 Epreuves écrites			
<input type="checkbox"/> 1.1.1 - un tiers-temps (1/3) OU <input type="checkbox"/> 1.1.2 - temps supérieur au tiers temps pour situations exceptionnelles OU <input type="checkbox"/> 1.1.3 temps inférieur au 1/3 temps A préciser :	<input type="checkbox"/> 1.1.1 OU <input type="checkbox"/> 1.1.2 OU <input type="checkbox"/> 1.1.3	<input type="checkbox"/> 1.1.1 OU <input type="checkbox"/> 1.1.2 OU <input type="checkbox"/> 1.1.3	<input type="checkbox"/> 1.1.1 - MH102 OU <input type="checkbox"/> 1.1.2 - MH101 OU <input type="checkbox"/> 1.1.3
1.2 Epreuves orales			
<input type="checkbox"/> 1.2.1 - un tiers-temps (1/3) OU <input type="checkbox"/> 1.2.2 - temps supérieur au tiers temps pour situations exceptionnelles OU <input type="checkbox"/> 1.2.3 temps inférieur au 1/3 temps A préciser :	<input type="checkbox"/> 1.2.1 OU <input type="checkbox"/> 1.2.2 OU <input type="checkbox"/> 1.2.3	<input type="checkbox"/> 1.2.1 OU <input type="checkbox"/> 1.2.2 OU <input type="checkbox"/> 1.2.3	<input type="checkbox"/> 1.2.1 - MH103 OU <input type="checkbox"/> 1.2.2 - OU <input type="checkbox"/> 1.2.3
1.3 Epreuves pratiques			
<input type="checkbox"/> 1.3.1 - un tiers-temps (1/3) OU <input type="checkbox"/> 1.3.2 - temps supérieur au tiers temps pour situations exceptionnelles OU <input type="checkbox"/> 1.3.3 temps inférieur au 1/3 temps A préciser :	<input type="checkbox"/> 1.3.1 OU <input type="checkbox"/> 1.3.2 OU <input type="checkbox"/> 1.3.3	<input type="checkbox"/> 1.3.1 OU <input type="checkbox"/> 1.3.2 OU <input type="checkbox"/> 1.3.3	<input type="checkbox"/> 1.3.1 - MH105 OU <input type="checkbox"/> 1.3.2 - OU <input type="checkbox"/> 1.3.3
1.4 Préparation des épreuves			
<input type="checkbox"/> 1.4.1 1/3 Epreuves orales <input type="checkbox"/> 1.4.2 1/3 Epreuves pratiques	<input type="checkbox"/> 1.4.1 <input type="checkbox"/> 1.4.2	<input type="checkbox"/> 1.4.1 <input type="checkbox"/> 1.4.2	<input type="checkbox"/> MH104 (orales) <input type="checkbox"/> MH 129 (pratiques)
1.MAJORATION DE TEMPS Equipe pédagogique : Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable		1.MAJORATION DE TEMPS Médecin désigné CDAPH Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> Pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> Aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés <input type="checkbox"/> Autre motif	
2. Pause			
Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve.			
<input type="checkbox"/> 2.1 - temps compensatoire pour se lever, marcher, aller aux toilettes <input type="checkbox"/> 2.2 - temps compensatoire pour soins <input type="checkbox"/> 2.3 - possibilité de se lever ou pause sans temps compensatoire	<input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 <input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 <input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.1-MH118 <input type="checkbox"/> 2.2-MH119 <input type="checkbox"/> 2.3-MH120

Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son représentant légal</u>	Appréciation de l'équipe pédagogique A remplir obligatoirement <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	<input type="checkbox"/> Avis du médecin désigné par la CDAPH	<i>Réservé à la décision de l'autorité Administrative</i>
<input type="checkbox"/> 2.4 – possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soin) <input type="checkbox"/> 2.5 – possibilité de se lever ou pause avec temps compensatoire dans la limite d'un tiers temps	<input type="checkbox"/> 2.4 <input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 2.4 <input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 2.4-MH121 <input type="checkbox"/> 2.5-MH126
2.PAUSE Equipe pédagogique : Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable		2.PAUSE Médecin désigné CDAPH Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> Pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> Aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés <input type="checkbox"/> Autre motif	
3 - Locaux, installation de la salle <input type="checkbox"/> 3.1 – accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre dès la 1 ^{ère} heure <input type="checkbox"/> 3.2 – proximité de l'infirmerie <input type="checkbox"/> 3.3 – accessibilité des locaux (RDC ou accès ascenseur) <input type="checkbox"/> 3.4 – accessibilité des locaux au fauteuil roulant <input type="checkbox"/> 3.5 – proximité d'une prise de courant <input type="checkbox"/> 3.6 – conditions particulières d'éclairage à préciser : <input type="checkbox"/> 3.7 - poste de travail ou mobilier adapté à préciser : <input type="checkbox"/> 3.8 – salle à faible effectif <input type="checkbox"/> 3.9 - seul dans une salle (situation exceptionnelle)	<input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 3.6 <input type="checkbox"/> 3.7 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 3.9	<input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 3.6 <input type="checkbox"/> 3.7 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 3.9	<input type="checkbox"/> 3.1 – MH201 <input type="checkbox"/> 3.2 – MH202 <input type="checkbox"/> 3.3 – MH204 ou MH205 <input type="checkbox"/> 3.4 – MH206 <input type="checkbox"/> 3.5 – MH207 <input type="checkbox"/> 3.6 – MH209 <input type="checkbox"/> 3.7 – MH211 <input type="checkbox"/> 3.8 – MH214 <input type="checkbox"/> 3.9 – MH212
3. LOCAUX / INSTALLATION DE LA SALLE Equipe pédagogique : Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable		3. LOCAUX / INSTALLATION DE LA SALLE Médecin désigné CDAPH Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> Pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> Aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés <input type="checkbox"/> Autre motif	
AMENAGEMENTS TECHNIQUES			
Aides techniques 4.1 - Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion) <input type="checkbox"/> 4.1.1 – ordinateur ou tablette du candidat OU <input type="checkbox"/> 4.1.2 – ordinateur fourni par le centre d'examen	<input type="checkbox"/> 4.1.1 OU <input type="checkbox"/> 4.1.2	<input type="checkbox"/> 4.1.1 OU <input type="checkbox"/> 4.1.2	<input type="checkbox"/> 4.1.1 – MH413 OU <input type="checkbox"/> 4.1.2 – MH414

Aménagements sollicités par le candidat ou son représentant légal	Appréciation de l'équipe pédagogique A remplir obligatoirement <input type="checkbox"/> Ne concerne pas les candidats individuels	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité Administrative
<input type="checkbox"/> 4.1.3 – utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe A préciser : <i>Dans le cas d'utilisation de logiciels spécifique sur l'ordinateur du centre, il appartient au candidat d'apporter les logiciels et d'en demander avant l'épreuve leur installation</i> Les logiciels utilisés en classe peuvent ne pas être autorisés aux examens.	<input type="checkbox"/> 4.1.3	<input type="checkbox"/> 4.1.3	<input type="checkbox"/> 4.1.3 – MH405
4.2 - Matériel particulier apporté par le candidat sauf ordinateur ou tablette (à préciser) : <input type="checkbox"/> 4.2.1 - calculatrice simple non programmable <input type="checkbox"/> 4.2.2 - machine braille <input type="checkbox"/> 4.2.3 - système HF <input type="checkbox"/> 4.2.4 - autres	<input type="checkbox"/> 4.2.1 <input type="checkbox"/> 4.2.2 <input type="checkbox"/> 4.2.3 <input type="checkbox"/> 4.2.4	<input type="checkbox"/> 4.2.1 <input type="checkbox"/> 4.2.2 <input type="checkbox"/> 4.2.3 <input type="checkbox"/> 4.2.4	<input type="checkbox"/> 4.2.1 – MH402 <input type="checkbox"/> 4.2.2 – MH403 <input type="checkbox"/> 4.2.3 – MH403 <input type="checkbox"/> 4.2.4 – MH403
4. AIDES TECHNIQUES Equipe pédagogique : Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable		4. AIDES TECHNIQUES Médecin désigné CDAPH Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> Pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> Aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés <input type="checkbox"/> Autre motif	
5 - Mise en forme des sujets <input type="checkbox"/> 5.1 – sujet en braille intégral OU <input type="checkbox"/> 5.2 – sujet en braille abrégé OU <input type="checkbox"/> 5.3 – sujet en caractères agrandis - Arial 16 OU <input type="checkbox"/> 5.4 – sujet en caractères agrandis - Arial 20 OU <input type="checkbox"/> 5.5 - sujet en caractères agrandis - Arial 24 OU <input type="checkbox"/> 5.6 – sujet A3 <input type="checkbox"/> 5.7 sujet en format numérique PDF <input type="checkbox"/> 5.8 – Autres A préciser :	<input type="checkbox"/> 5.1 OU <input type="checkbox"/> 5.2 OU <input type="checkbox"/> 5.3 OU <input type="checkbox"/> 5.4 OU <input type="checkbox"/> 5.5 OU <input type="checkbox"/> 5.6 <input type="checkbox"/> 5.7 <input type="checkbox"/> 5.8	<input type="checkbox"/> 5.1 OU <input type="checkbox"/> 5.2 OU <input type="checkbox"/> 5.3 OU <input type="checkbox"/> 5.4 OU <input type="checkbox"/> 5.5 OU <input type="checkbox"/> 5.6 <input type="checkbox"/> 5.7 <input type="checkbox"/> 5.8	<input type="checkbox"/> 5.1 – MH301 OU <input type="checkbox"/> 5.2 – MH302 OU <input type="checkbox"/> 5.3 – MH310 OU <input type="checkbox"/> 5.4 – MH303 OU <input type="checkbox"/> 5.5 – MH316 OU <input type="checkbox"/> 5.6 – MH304 <input type="checkbox"/> 5.7 – MH306 <input type="checkbox"/> 5.8
5. SUJETS Equipe pédagogique : Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable		5. SUJETS Médecin désigné CDAPH Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> Pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> Aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés <input type="checkbox"/> Autre motif	

Aménagements sollicités par le candidat ou son représentant légal	Appréciation de l'équipe pédagogique A remplir obligatoirement <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité Administrative
6- Communication <input type="checkbox"/> 6.1 - Port par le surveillant du système HF pour les épreuves écrites et /ou orales (fourni par le candidat) <input type="checkbox"/> 6.2 - En cas de consignes orales, celles-ci devront être données à voix haute en articulant, le surveillant se plaçant face au candidat <input type="checkbox"/> 6.3 Consignes orales données par écrit <input type="checkbox"/> 6.4 - Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/> 6.1 <input type="checkbox"/> 6.2 <input type="checkbox"/> 6.3 <input type="checkbox"/> 6.4	<input type="checkbox"/> 6.1 <input type="checkbox"/> 6.2 <input type="checkbox"/> 6.3 <input type="checkbox"/> 6.4	Valide la demande <input type="checkbox"/> 6.1 – MH401 <input type="checkbox"/> 6.2 – MH508 <input type="checkbox"/> 6.3 – MH601 <input type="checkbox"/> 6.4
6. COMMUNICATION Equipe pédagogique : Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable		6. COMMUNICATION Médecin désigné CDAPH Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> Pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> Aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés <input type="checkbox"/> Autre motif	
AIDES HUMAINES			
Aides humaines 7 - Nom, prénom, qualité de la personne envisagée si elle est connue (AESH, enseignants) : <input type="checkbox"/> 7.1 – secrétaire lecteur <input type="checkbox"/> 7.2 – secrétaire scripteur <input type="checkbox"/> 7.3 – assistant <input type="checkbox"/> 7.3.1 - Reformulation des consignes <input type="checkbox"/> 7.3.2 - Séquençage des consignes complexes <input type="checkbox"/> 7.3.3 - Explicitation des sens second et métaphorique <input type="checkbox"/> 7.3.4 - autre (préciser) <input type="checkbox"/> 7.4 - Assistance d'un enseignant spécialisé trouble de la fonction auditive <input type="checkbox"/> 7.5 - Assistance d'un interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement <input type="checkbox"/> 7.6 - Assistance d'un codeur en langue française parlée complétée (LfPC) <input type="checkbox"/> 7.7 – Assistance d'un AESH	<input type="checkbox"/> 7.1 <input type="checkbox"/> 7.2 <input type="checkbox"/> 7.3 <input type="checkbox"/> 7.3.1 <input type="checkbox"/> 7.3.2 <input type="checkbox"/> 7.3.3 <input type="checkbox"/> 7.3.4 <input type="checkbox"/> 7.4 <input type="checkbox"/> 7.5 <input type="checkbox"/> 7.6 <input type="checkbox"/> 7.7	<input type="checkbox"/> 7.1 <input type="checkbox"/> 7.2 <input type="checkbox"/> 7.3 <input type="checkbox"/> 7.3.1 <input type="checkbox"/> 7.3.2 <input type="checkbox"/> 7.3.3 <input type="checkbox"/> 7.3.4 <input type="checkbox"/> 7.4 <input type="checkbox"/> 7.5 <input type="checkbox"/> 7.6 <input type="checkbox"/> 7.7	Valide la demande <input type="checkbox"/> 7.1 – MH512 <input type="checkbox"/> 7.2 – MH513 <input type="checkbox"/> 7.3 <input type="checkbox"/> 7.3.1 – MH521 <input type="checkbox"/> 7.3.2 – MH522 <input type="checkbox"/> 7.3.3 – MH523 <input type="checkbox"/> 7.3.4 – MH501 <input type="checkbox"/> 7.4 – MH502 <input type="checkbox"/> 7.5 – MH503 <input type="checkbox"/> 7.6 – MH504 <input type="checkbox"/> 7.7 – MH514
7. AIDES HUMAINES Equipe pédagogique : Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable		7. AIDES HUMAINES Médecin désigné CDAPH Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> Pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> Aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés <input type="checkbox"/> Autre motif	

Aménagements sollicités par le candidat ou son représentant légal	Appréciation de l'équipe pédagogique A remplir obligatoirement <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	<i>Réservé à la décision de l'autorité Administrative</i>
UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AYANT ÉCHOUÉ À L'EXAMEN <input type="checkbox"/> 10 - Conservation des notes Epreuves déjà passées dont vous demandez la conservation des notes sur 5 ans : préciser les épreuves concernées fournir les relevés de notes	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10 – MH609
10. CONSERVATION DE NOTES Equipe pédagogique : Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable		10. CONSERVATION DE NOTES Médecin désigné CDAPH Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> Pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> Aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés <input type="checkbox"/> Autre motif	

**RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS SOLLICITES
PAR LECANDIDAT**

**Je soussigné(e)..... sollicite les aménagements
d'examens suivants** (Préciser impérativement le(s) numéro(s) des aménagements demandés et leur nombre) :

.....
.....
.....

**J'atteste que cette demande d'aménagements d'examen est faite par mes soins et en pleine
responsabilité.**

Fait à : **Le**

Signature du candidat

Nom Prénom :

.....
.....
.....

**Signature des responsables légaux
(pour lescandidats mineurs)**

Chef d'établissement

NOM :

Prénom :

Date :

Signature :

Cachet de l'établissement

Médecin désigné par la CDAPH

NOM :

Prénom :

Date :

Signature :

Cachet

Autorité administrative

Date :

Signature :

Cachet