

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENT D'ÉPREUVES

A remplir par le candidat ou son représentant légal

Décret n°2015-1051 du 25 août 2015

### Examen concerné :

- |  |   |                             |   |
|--|---|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> DNB                             | <input type="checkbox"/> CFG                        |                             |   |
| <input type="checkbox"/> CAP                             | <input type="checkbox"/> BEP                        | <input type="checkbox"/> BP | <input type="checkbox"/> MC V                       |
| <input type="checkbox"/> Épreuves anticipées de première |   |                             | <input type="checkbox"/> MC IV                      |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat général            | <input type="checkbox"/> Baccalauréat technologique |                             | <input type="checkbox"/> Baccalauréat professionnel |
| <input type="checkbox"/> BTS                             | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : ..... |                             |   |
| <input type="checkbox"/> Scolarisé                       | <input type="checkbox"/> Individuel                 |                             | <input type="checkbox"/> Inscrit au CNED            |

Nom et prénom du candidat : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Nom et adresse du candidat ou de son représentant légal : .....

Adresse électronique : .....@.....

N° de téléphone de la personne responsable ou du candidat (si majeur) : .....

Etablissement fréquenté : .....

Classe : ..... Série ou spécialité : .....

Un PPS a-t-il été mis en place ?  non  oui (Joindre la photocopie)

Un PAP a-t-il été mis en place ?  non  oui (Joindre la photocopie)

Un PAI a-t-il été mis en place ?  non  oui (Joindre la photocopie)

L'élève bénéficie d'une auxiliaire de vie scolaire individualisée  non  oui

Le candidat a-t-il déjà bénéficié d'aménagements d'épreuves d'examen?  oui  non

Si oui précisez l'année : ..... Examen concerné : ..... (Joindre la photocopie de la décision)

### Demande

à bénéficier des mesures particulières prévues pour les candidats en situation de handicap, conformément aux textes en vigueur (le candidat fera compléter avec précision le certificat médical (fiche 2) par le médecin scolaire en priorité, son médecin traitant ou son médecin spécialiste).

L'étalement du passage de l'examen sur plusieurs sessions (*préciser les modalités d'étalement souhaitées*)

La conservation des notes obtenues à chaque session (mesure réservée aux candidats ayant échoué à l'examen, sous réserve de la réglementation de chaque diplôme)

Fait à ..... le .....

Signature du candidat ou de son représentant légal

### Documents à joindre au dossier en fonction des troubles:

Les candidats handicapés visuels : le médecin précisera l'acuité visuelle (œil droit et œil gauche) avant et après correction.

Les candidats handicapés auditifs : joindre un audiogramme de moins de 6 mois, avec et sans prothèses.

Les candidats présentant des troubles du langage oral et/ou écrit : fournir un bilan orthophonique de moins de 2 ans, et un écrit de l'élève (photocopie d'un devoir surveillé noté).

**Important : tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par le médecin désigné par la CDAPH**