

DRAAF-SRFD :

## IDENTITÉ DU CANDIDAT

Nom de famille :  Civilité :  Madame  Monsieur  
Nom d'usage :  Prénom :   
Date de naissance :   
Adresse :  Numéro, rue, code postal, commune  
Téléphone :  Adresse électronique :   
Nom et adresse du représentant légal (si différent) :   
Candidat :  non scolarisé ou scolarisé à distance (CNPR/CERCA)  
 scolarisé – précisez l'établissement fréquenté :   
Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement d'épreuves ?  oui  non  
Si oui, pour quel examen :

## EXAMEN PRÉSENTÉ

Examen présenté :  CAPA  BP  BPA  BEPA  Certificat de spécialisation  
 Baccalauréat professionnel  Baccalauréat technologique STAV  BTSA  
Série/spécialité/option :  Ecrire en toutes lettres, pas de sigles  
Classe :  Seconde  1<sup>ère</sup> année  2<sup>ème</sup> année Année de passage de l'examen :

## DISPOSITIF MIS EN PLACE

Pas de dispositif mis en place  
 Projet d'Accueil Individualisé (PAI) établi en classe de  le   
 Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) établi en classe de  le   
 Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) établi en classe de  le

## DEMANDE AMÉNAGEMENT POUR ÉPREUVES EXAMEN

Je n'ai jamais fait de demande d'aménagement d'épreuves  
 Je dispose déjà d'un dossier déposé à la MDPH (PPS) Département :  année :   
 Je dispose déjà d'un dossier pour un autre examen Département :  année :   
 Je demande à bénéficier de la présentation progressive de l'examen (étalement des épreuves sur plusieurs sessions) selon l'ordre suivant (préciser ici les épreuves présentées à chaque session) :

## PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE

Selon votre situation, cocher les documents à fournir, et les joindre à votre dossier :

- Certificat médical rempli par le médecin scolaire ou traitant (OBLIGATOIRE)
- Trouble des apprentissages : bilan orthophonique de - de 3 ans et devoir fait en classe (année scolaire en cours)
- Bilans médicaux spécialisés (sous pli confidentiel)
- Informations pédagogiques sur la scolarité
- Copie du PAI, du PPS, ou du PAP
- Copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- Copie de la décision d'aménagements d'épreuves si le candidat en a déjà bénéficié pour un autre examen

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

<b>CANDIDAT : AMÉNAGEMENT(S) SOLLICITE(S)</b>	<b>ÉTABLISSEMENT :</b> <i>décrire les difficultés rencontrées au cours de la scolarité</i>	<b>MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR LA CDAPH :</b>
---	---	---

### Accès aux locaux et installation matérielle

<b>Accessibilité des locaux :</b> <input type="checkbox"/> Accès des sanitaires <input type="checkbox"/> Accès ascenseur <input type="checkbox"/> Rez-de-chaussée obligatoire <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Proximité de l'infirmerie		<b>Accessibilité des locaux :</b> <input type="checkbox"/> Accès des sanitaires <input type="checkbox"/> Accès ascenseur <input type="checkbox"/> Rez-de-chaussée obligatoire <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Proximité de l'infirmerie
<b>Installation matérielle de la salle :</b> <input type="checkbox"/> Éclairage de la table [ ] <input type="checkbox"/> Affectation dans une salle à faible effectif <input type="checkbox"/> Possibilité de se lever, marcher, ...		<b>Installation matérielle de la salle :</b> <input type="checkbox"/> Éclairage de la table [ ] <input type="checkbox"/> Affectation dans une salle à faible effectif <input type="checkbox"/> Possibilité de se lever, marcher, ...

### Organisation du temps

<b>Majoration durée de l'épreuve (1/3 tps) :</b> <input type="checkbox"/> Pour les épreuves écrites [ ] <input type="checkbox"/> Pour les épreuves pratiques [ ] <input type="checkbox"/> Pour les épreuves orales [ ] <input type="checkbox"/> Pour la préparation des épreuves pratiques et orales [ ]		<b>Majoration durée de l'épreuve (1/3 tps) :</b> <input type="checkbox"/> Pour les épreuves écrites [ ] <input type="checkbox"/> Pour les épreuves pratiques [ ] <input type="checkbox"/> Pour les épreuves orales [ ] <input type="checkbox"/> Pour la préparation des épreuves pratiques et orales [ ]
<b>Pauses :</b> <input type="checkbox"/> Possibilité de sortir (se restaurer, soins) avec temps compensatoire, y compris durant la première heure		<b>Pauses :</b> <input type="checkbox"/> Possibilité de sortir (se restaurer, soins) avec temps compensatoire, y compris durant la première heure

### Aides techniques

<input type="checkbox"/> Ordinateur du centre d'examen [ ] <input type="checkbox"/> Ordinateur du candidat si utilisation de logiciels dédiés à la compensation du handicap. Logiciel [ ] <input type="checkbox"/> Utilisation d'une calculatrice simple non- programmable <input type="checkbox"/> Matériel d'écriture en braille <input type="checkbox"/> Autre type d'appareillage [ ]		<input type="checkbox"/> Ordinateur du centre d'examen [ ] <input type="checkbox"/> Ordinateur du candidat si utilisation de logiciels dédiés à la compensation du handicap. Logiciel [ ] <input type="checkbox"/> Utilisation d'une calculatrice simple non- programmable <input type="checkbox"/> Matériel d'écriture en braille <input type="checkbox"/> Autre type d'appareillage [ ]
--	--	--

### Aides humaines

<b>Secrétariat :</b> <input type="checkbox"/> Secrétaire lecteur : <input type="checkbox"/> épreuves écrites [ ] <input type="checkbox"/> préparation épreuves oral/pratique [ ] <input type="checkbox"/> Secrétaire scripteur : <input type="checkbox"/> épreuves écrites [ ] <input type="checkbox"/> préparation épreuves oral/pratique [ ]		<b>Secrétariat :</b> <input type="checkbox"/> Secrétaire lecteur : <input type="checkbox"/> épreuves écrites [ ] <input type="checkbox"/> préparation épreuves oral/pratique [ ] <input type="checkbox"/> Secrétaire scripteur : <input type="checkbox"/> épreuves écrites [ ] <input type="checkbox"/> préparation épreuves oral/pratique [ ]
<b>Assistance* :</b> <input type="checkbox"/> Assistance pour la compréhension des consignes et des questions <input type="checkbox"/> Aide humaine habituelle du candidat (AVSI) ( <b>trouble très spécifique</b> ) <input type="checkbox"/> Autre assistance		<b>Assistance :</b> <input type="checkbox"/> Assistance pour la compréhension des consignes et des questions <input type="checkbox"/> Aide humaine habituelle du candidat (AVSI) ( <b>trouble très spécifique</b> ) <input type="checkbox"/> Autre assistance
<b>Présence d'un professionnel LSF/LPC :</b> <input type="checkbox"/> Interprète langue des signes française : <input type="checkbox"/> épreuves oral/pratique (hors LV) <input type="checkbox"/> épreuves écrites <input type="checkbox"/> Codeur langage parlé complété : <input type="checkbox"/> épreuves oral/pratique (hors LV) <input type="checkbox"/> épreuves écrites		<b>Présence d'un professionnel LSF/LPC :</b> <input type="checkbox"/> Interprète langue des signes française : <input type="checkbox"/> épreuves oral/pratique (hors LV) <input type="checkbox"/> épreuves écrites <input type="checkbox"/> Codeur langage parlé complété : <input type="checkbox"/> épreuves oral/pratique (hors LV) <input type="checkbox"/> épreuves écrites
<input type="checkbox"/> Assistance d'un enseignant spécialisé dans la rééducation des sourds : <input type="checkbox"/> pendant toute la durée de l'épreuve <input type="checkbox"/> pour les consignes générales		<input type="checkbox"/> Assistance d'un enseignant spécialisé dans la rééducation des sourds : <input type="checkbox"/> pendant toute la durée de l'épreuve <input type="checkbox"/> pour les consignes générales

\* Préciser les besoins en assistance sur un feuillet à intégrer au présent dossier

<b>CANDIDAT : AMÉNAGEMENT(S) SOLLICITE(S)</b>	<b>ÉTABLISSEMENT : décrire les difficultés rencontrées au cours de la scolarité</b>	<b>MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR LA CDAPH :</b>
---	---	---

### Autres mesures

<p><b>Format des sujets :</b></p> <input type="checkbox"/> Sujets agrandis (141 %) <input type="checkbox"/> Sujets en braille : <input type="checkbox"/> abrégé <input type="checkbox"/> intégral <input type="checkbox"/> Sujet sur support numérique <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Logiciel :		<p><b>Format des sujets :</b></p> <input type="checkbox"/> Sujets agrandis (141%) <input type="checkbox"/> Sujets en braille : <input type="checkbox"/> abrégé <input type="checkbox"/> intégral <input type="checkbox"/> Sujet sur support numérique <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Logiciel :
<input type="checkbox"/> Les consignes orales sont données à voix haute par le surveillant en articuland et en se plaçant face au candidat pour lecture labiale		<input type="checkbox"/> Les consignes orales sont données à voix haute par le surveillant en articuland et en se plaçant face au candidat pour lecture labiale
<input type="checkbox"/> Possibilité de réponse écrite aux épreuves orales <input type="checkbox"/> Non utilisation de supports audio et vidéo		<input type="checkbox"/> Possibilité de réponse écrite aux épreuves orales <input type="checkbox"/> Non utilisation de supports audio et vidéo
<input type="checkbox"/> Étalement des épreuves sur plusieurs sessions		<input type="checkbox"/> Étalement des épreuves sur plusieurs sessions
<input type="checkbox"/> Conservation des notes pendant 5 ans		<input type="checkbox"/> Conservation des notes pendant 5 ans
<p><b>Aménagement des épreuves de langue vivante étrangère :</b></p> <p><b>Baccalauréat technologique STAV :</b>  <b>LV1 un seul choix possible :</b>  <input type="checkbox"/> Dispense de l'épreuve orale (épreuve terminale)  <input type="checkbox"/> Dispense de l'épreuve écrite (épreuve en CCF)  <i>L'épreuve obligatoire de LV1 ne peut faire l'objet d'une dispense globale.</i></p> <p><b>LV2 un seul choix possible :</b>  <input type="checkbox"/> Dispense de l'épreuve orale (épreuve terminale)  <input type="checkbox"/> Dispense de l'épreuve écrite (épreuve en CCF)  <input type="checkbox"/> Dispense de la globalité de l'épreuve de LV2</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Baccalauréat professionnel :</b>  aménagement des conditions de passage de l'épreuve de LV1 (selon modalités prévues à l'annexe III de l'arrêté du 15/02/2012)</p> <input type="checkbox"/> <b>CAPa :</b> Dispense de la langue vivante <input type="checkbox"/> <b>BTSA :</b> aménagement des conditions de passage de l'épreuve CCF de LV1 (par exemple : oral à écrit)		<p><b>Aménagement des épreuves de langue vivante étrangère :</b></p> <p><b>Baccalauréat technologique STAV :</b>  <b>LV1 un seul choix possible :</b>  <input type="checkbox"/> Dispense de l'épreuve orale (épreuve terminale)  <input type="checkbox"/> Dispense de l'épreuve écrite (épreuve en CCF)  <i>L'épreuve obligatoire de LV1 ne peut faire l'objet d'une dispense globale.</i></p> <p><b>LV2 un seul choix possible :</b>  <input type="checkbox"/> Dispense de l'épreuve orale (épreuve terminale)  <input type="checkbox"/> Dispense de l'épreuve écrite (épreuve en CCF)  <input type="checkbox"/> Dispense de la globalité de l'épreuve de LV2</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Baccalauréat professionnel :</b>  aménagement des conditions de passage de l'épreuve de LV1 (selon modalités prévues à l'annexe III de l'arrêté du 15/02/2012)</p> <input type="checkbox"/> <b>CAPa :</b> Dispense de la langue vivante <input type="checkbox"/> <b>BTSA :</b> aménagement des conditions de passage de l'épreuve CCF de LV1 (par exemple : oral à écrit)

<b>Signature du candidat ou de son représentant légal</b>	<p><b>Signature du chef d'établissement</b>  Personne à contacter :</p> <p>Nom : <input type="text"/></p> <p>Prénom : <input type="text"/></p> <p>Fonction : <input type="text"/></p> <p>Tél : <input type="text"/></p>	<b>Signature et tampon du médecin désigné par la CDAPH</b>

**AVIS MEDICAL concernant un candidat en situation de handicap  
se présentant à un examen de l'enseignement agricole**

**A remplir par le médecin désigné par la CDAPH**

*Ce document constitue un avis du médecin désigné par la CDAPH : ce n'est pas la décision finale d'aménagements d'épreuves qui sera transmise au candidat par l'autorité académique*

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_, médecin désigné par la CDAPH, certifie avoir examiné le dossier présenté par le candidat (*NOM, Prénom*) au titre des textes en faveur des candidats en situation de handicap tel que défini à l'article L.114-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Nombre de cases cochées :

Les éléments médicaux fournis par le candidat :

- Ne nécessitent pas la mise en place d'aménagements d'épreuves
- Justifient la mise en place d'aménagements particuliers pour les épreuves

**Avis circonstancié obligatoire en cas d'avis défavorable total ou partiel :**

- Les pièces justificatives produites ne permettent pas d'émettre un avis favorable
- Les aménagements demandés ne répondent pas aux difficultés alléguées
- La demande n'est pas conforme à la réglementation en vigueur pour le diplôme présenté
- Autre motif : préciser

Fait à :	Signature et tampon du médecin désigné par la CDAPH :
Le :	

Date de réception par l'autorité académique :

Date d'envoi de la notification :

### Bilan médical du candidat

A remplir par le médecin traitant ou le médecin scolaire  
et à transmettre sous pli cacheté « confidentiel »

Je soussigné(e), Docteur....., médecin traitant  
/ médecin scolaire, certifie avoir examiné le candidat :

NOM :	EXAMEN PREPARE :
PRENOM :	<input type="checkbox"/> CAPa
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> BEPA – BAC PRO
Adresse :	<input type="checkbox"/> BP
	<input type="checkbox"/> BPA
	<input type="checkbox"/> Bac Techno STAV
	<input type="checkbox"/> BTSA
	OPTION – SPECIALITE :

lequel/laquelle présente un handicap tel que défini à l'article L.114-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Type de handicap : (à cocher impérativement)

- Visuel     Auditif     Moteur     Autre (préciser)  
 Handicaps spécifiques du langage et des apprentissages

#### TROUBLE VISUEL

**Déficiência visuelle** : joindre un bilan ophtalmologique détaillé et les corrections, aménagements proposés

Préciser les besoins spécifiques :

#### TROUBLE AUDITIF

**Déficiência auditive** : joindre un audiogramme récent oreille droite/oreille gauche sans appareillage

Appareillage :

Préciser les besoins spécifiques :

Lecture labiale :  LPC     LSF

Nécessité d'un interprète :  LPC     LSF

Utilisation de matériel adapté, préciser :

## TROUBLE MOTEUR

**Déficience motrice et de l'appareil locomoteur** : joindre un bilan fonctionnel d'évolution détaillé

Type de déficience, localisation, appareillage s'il y a lieu :

Troubles associés :

Station debout pénible :  Oui  Non

Fauteuil roulant :  Oui  Non

Gêne aux déplacements  Oui  Non

Gêne fonctionnelle occasionnée (en particulier sur l'écriture) :

Besoins spécifiques :

## TROUBLES SPECIFIQUES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES

**Troubles spécifiques des apprentissages** : joindre impérativement

- un **bilan orthophonique** détaillé avec les résultats et les écarts-type, datant de moins de 3 ans, et, s'il y a lieu, les bilans neuropédiatrique et/ou neuropsychologique, d'ergothérapie, ou de psycho-motricité,
- une copie d'un devoir écrit de l'élève en situation, fournie par l'établissement de formation.
- Un résultat de test de QI, le cas échéant.

Dysphasie  Dyslexie  Dysorthographe

Dyscalculie  Dysarthrie  Dysgraphie  Dyspraxie

Mode de communication habituel :  verbal  autre (préciser) :

Lecture labiale :  LPC  LSF

Nécessité d'un interprète :  LPC  LSF

Besoins spécifiques :

## AUTRES TROUBLES

**Déficiences liées à l'épilepsie** : joindre le compte-rendu du dernier EEG

Type, fréquence des crises, traitement :

Besoins spécifiques :

**Déficiences de la fonction cardiovasculaire** : joindre un bilan spécialisé détaillé récent

Besoins spécifiques :

**Déficiences de la fonction respiratoire** : joindre un bilan spécialisé détaillé récent

Moyens d'assistance respiratoire, traitement :

Besoins spécifiques :

**Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive** : joindre un bilan spécialisé détaillé récent

Besoins spécifiques :

**Autres**. Préciser :

### NATURE DES SOINS - CONTRAINTES

	Nature des soins	Fréquence et lieu des interventions
Traitement médicamenteux		
Traitement chirurgical		
Greffe / Transplantation		
Soins psychothérapeutiques		

### AUTONOMIE

*L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'une personne du même âge, non déficiente*

Le candidat est capable de :	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux			
Communiquer oralement			
Se comporter de façon logique et sensée			
Se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant			

### Nom et coordonnées du médecin ayant rempli cet avis médical

Docteur :	<b>Cachet du médecin :</b>    <b>Date et signature</b>
Adresse :	
Code Postal :	
Ville :	
Numéro de téléphone :	