

AMÉNAGEMENT DES ÉPREUVES POUR LES CANDIDATS INDIVIDUELS* PRÉSENTANT UN HANDICAP

**les candidats scolarisés doivent s'adresser obligatoirement à leur établissement (dossier spécifique)*

NOTE AUX CANDIDATS INDIVIDUELS*

Qui peut demander un aménagement d'épreuves ?

Tout candidat souffrant d'un handicap, ou plus largement d'un trouble d'ordre médical l'empêchant de présenter les épreuves de l'examen dans les meilleures conditions.

En quoi consiste l'aménagement d'épreuves ?

L'aménagement dépend du problème de santé et est préconisé exclusivement par le médecin. Vous pouvez consulter la liste des « *conditions particulières souhaitées* » aux pages 5 et 6 du dossier de demande d'aménagement d'examen.

Comment procéder ?

Au moment de l'inscription sur le logiciel INSCRINET, les candidats présentant un handicap ou tout problème de santé justifiant une demande d'aménagements renseigneront la rubrique « **Handicap : Oui** ».

Il convient de compléter le dossier de demande d'aménagement

- la page 1 doit être complétée par le candidat ou, s'il est mineur, son représentant légal

les pages 2 à 4 doivent être complétées par le médecin qui doit fournir des bilans médicaux ou paramédicaux nécessaires ; pour les candidats présentant un trouble spécifique du langage oral ou écrit, sont à joindre obligatoirement : un bilan orthophonique de moins de trois ans avec épreuves étalonnées, les examens complémentaires ayant permis de poser le diagnostic (notamment psychométrique), une copie d'un devoir sur table, tout bilan médical ou para médical que vous jugerez utile.

À quel moment doit-on faire une demande ?

Les demandes d'aménagements sont à formuler le plus tôt possible, **les DOSSIERS DEVANT ÊTRE ENVOYÉS AU PLUS TARD POUR LE 13 DECEMBRE 2013** Les problèmes médicaux se déclarant en cours d'année pourront faire l'objet d'une demande plus tardive.

Où envoyer le dossier ?

Il devra être adressé, **accompagné d'une ENVELOPPE TIMBRÉE libellée à l'adresse du candidat pour le retour de l'avis du médecin**, directement :

- pour les candidats résidant dans l'Aisne :**
Docteur Marie-Françoise PREVOT – Médecin
Conseiller Technique désigné par la CDAPH
Direction Départementale des Services
de l'Éducation Nationale l'Aisne
Cité administrative – 02018 Laon Cedex

- pour les candidats résidant dans l'Oise :**
Médecin chargé des aménagements d'examen
Maison Départementale des Personnes
Handicapées de l'Oise
1, rue des Filatures – Espace Saint Quentin
60000 Beauvais
- pour les candidats résidant dans la Somme :**
Médecin chargé des aménagements d'examen
Centre Médico Scolaire
2 rue de l'Union – 80000 Amiens

Qui prend la décision ?

C'est le Recteur qui prend la décision d'accorder, ou non, un aménagement d'épreuve.

Il se base sur l'avis (qui est aussi envoyé au domicile du candidat) du médecin désigné par la CDAPH qui étudie chaque dossier.

Seule vaut la décision finale d'aménagement qui est prise par le Recteur et transmise au candidat.

Un candidat n'ayant pas reçu de réponse deux mois avant la première épreuve doit immédiatement le signaler par courriel à la division des examens et concours à l'adresse suivante : ce.dec@ac-amiens.fr
Peut-on renoncer à un aménagement d'épreuves ?

Oui, à condition d'en informer **par écrit** le Rectorat qui annulera l'aménagement accordé.

ATTENTION

LA DÉCISION D'AMÉNAGEMENTS EST VALABLE POUR L'ENSEMBLE DES ÉVALUATIONS CONDUISANT À UN MÊME DIPLÔME.

La notification d'aménagements d'épreuves est à conserver et à présenter le jour des épreuves écrites, orales et pratiques.

Le candidat ou son responsable légal s'il est mineur devra prendre contact au moins 15 jours avant le début des épreuves avec le chef du centre d'examen (il s'agit du responsable de l'établissement dans lequel le candidat va passer les épreuves) afin de définir avec lui les modalités précises d'organisation.

** non scolarisés dans un établissement de formation (lycée...).*



Rectorat
Division
des Examens
et Concours

DOSSIER DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'EXAMEN POUR LES CANDIDATS INDIVIDUELS PRÉSENTANT UN HANDICAP

Cocher impérativement le diplôme concerné :

- | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> BTS | <input type="checkbox"/> DCS | <input type="checkbox"/> DNB | <input type="checkbox"/> CFG | <input type="checkbox"/> BEP | <input type="checkbox"/> CAP | <input type="checkbox"/> MC |
| <input type="checkbox"/> BAC GEN | <input type="checkbox"/> BAC TECHN | <input type="checkbox"/> BAC PRO | <input type="checkbox"/> BP | <input type="checkbox"/> DELF | | |
| ↳ <input type="checkbox"/> 1ÈRE <input type="checkbox"/> TERM | ↳ <input type="checkbox"/> 1ÈRE <input type="checkbox"/> TERM | ↳ <input type="checkbox"/> 2NDE <input type="checkbox"/> 1ÈRE <input type="checkbox"/> TERM | | | | |

Série/S spécialité/Classe :

Option :

Diplômes professionnels, préciser la session d'examen concernée, le cas échéant, si évaluation(s) en CCF dès la première année de formation : 2014 2015

(attention : un dossier est à déposer en début de seconde professionnelle pour le diplôme intermédiaire et un autre en début de première pour le diplôme du baccalauréat professionnel. Sauf aménagement incomplet suite à l'évolution du handicap ou handicap récent, il n'y a pas lieu de déposer un dossier en début de terminale)

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR OU, S'IL EST MINEUR, PAR SON REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM DE FAMILLE :

Prénoms :

Date de naissance : / / Sexe : Féminin Masculin

Commune de naissance : Département : |.....|.....|.....|

NOM – PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL DU CANDIDAT (si mineur) :
.....

Adresse :

CP : |.....|.....|.....|.....|.....| Commune :

N° téléphone fixe : N° téléphone mobile :

Courriel :

<input type="checkbox"/> Candidat individuel	<input type="checkbox"/> Candidat inscrit au CNED
---	--

DEMANDE L'APPLICATION DE MESURES PARTICULIÈRES LIÉES À LA NATURE DU HANDICAP

Précisez les mesures souhaitées (voir la liste des mesures possibles pages 5 et 6 du dossier) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le candidat a-t-il bénéficié antérieurement d'un aménagement des conditions d'examen ?

NON

OUI, joindre la photocopie de la décision*

Année scolaire : Type d'examen :

***le cas échéant, rayez les aménagements qui n'ont pas été utilisés.**

Un dossier a-t-il déjà été constitué par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour le candidat ?

NON

OUI et, afin de faciliter le traitement de ma demande, j'autorise que les données médicales de ce dossier soient communiquées au médecin désigné par la CDAPH.

OUI et je ne souhaite pas que les données médicales de ce dossier utiles pour le traitement de ma demande d'aménagements d'épreuves soient communiquées au médecin désigné par la CDAPH.

Fait à le

Signature du responsable légal ou de l'élève majeur :

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT OU PAR LE MÉDECIN SCOLAIRE

DÉFICIENCES

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

Type :

Fréquences des crises :

Déficiences de l'audition joindre un audiogramme récent oreille droite/oreille gauche sans appareillage

Déficiences du langage, de la parole et de l'écrit :

joindre **impérativement** un bilan orthophonique de moins de trois ans avec épreuves étalonnées précisant l'objet du bilan et l'anamnèse, les épreuves utilisées, leur résultat et leur interprétation, le diagnostic orthophonique, le plan de soin, les examens complémentaires demandés et, s'il y a lieu, un bilan neuropédiatrique, **une copie d'un devoir sur table (rédigé en français)**

dysphasie dyslexie dysorthographe dyscalculie dysarthrie dysgraphie ...

Mode de communication habituel : verbal autre (préciser) :

Lecture labiale : LPC LSF Nécessité d'un interprète : LPC LSF

Déficiences de la vision joindre un bilan ophtalmologique : acuité visuelle bilatérale corrigée de loin/de près / Champ visuel binoculaire (si utile)

Cécité : unilatérale bilatérale

Baisse de l'acuité visuelle : unilatérale bilatérale

Déficiences de l'oculomotricité : Non Oui Autres :

Une amélioration est-elle possible ? Non Oui

Déficiences de la fonction cardiovasculaire joindre les résultats des examens complémentaires

Signes fonctionnels :

Degré d'insuffisance cardiaque : Tension artérielle :

Déficiences de la fonction respiratoire : joindre les résultats des examens complémentaires dont Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)

Signes fonctionnels :

Moyens d'assistance respiratoire :

Oxygénothérapie : continue discontinue Trachéostomie : Oui Non

Autres :

Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive joindre les résultats des examens complémentaires

Troubles de la prise alimentaire Troubles du transit

Troubles sphinctériens Iléostomie

Régime ou mode d'alimentation particulier : Non Oui, lequel ?

Déficiences de la fonction rénale ou génito-urinaire joindre les résultats des examens complémentaires

Fonction rénale

Dialyse : Oui Non Fréquence hebdomadaire :

Fonction urinaire :

Rétention Incontinence diurne et/ou nocturne Sonde Couches

Déficiences endocriniennes, métaboliques, enzymatiques joindre les résultats des examens complémentaires

.....

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique joindre les résultats des examens complémentaires

.....

DÉFICIENCES

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur *joindre les résultats des examens complémentaires*

Type de déficience : paralysie ankylose amputation
 incoordination déformations orthopédiques

Troubles du tonus Mouvements anormaux Troubles de l'équilibre

Troubles sensitifs associés : Oui Non

Localisation : membres tête tronc

Appareillage :

Tolérance :

Station debout pénible : Oui Non Fauteuil roulant : Oui Non

Déficiences esthétiques

séquelles de brûlure ou cicatrice ayant un retentissement sur la vie sociale et de la relation

Type :

Localisation :

Déficiences psychiques

Type :

.....

NATURE DES SOINS – CONTRAINTES – TOLÉRANCE

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

AUTONOMIE

L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'une personne / d'un enfant du même âge, non déficient

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 lever/se coucher ou passer du lit au fauteuil/fauteuil au lit			
- se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant			
- se déplacer à l'extérieur			
- utiliser les transports en commun non spécialisés			
- boire et manger			
- s'habiller ou se déshabiller			

- Demande de **dispense de langue vivante** (*baccalauréat général et technologique*) :
 - épreuve obligatoire de **langue vivante 1** (*une seule possibilité*) :
 - partie orale* **OU** *partie écrite*
 - épreuve obligatoire de **langue vivante 2** :
 - partie orale* **SOIT** *partie écrite* **SOIT** *totalité de l'épreuve*
- Dispense** de l'épreuve d'enseignement technologique en **langue vivante 1** (séries STI2D - STL)
- Dispense** de l'épreuve de design et arts appliqués en **langue vivante 1** (série STD2A)
- Dispense** de la partie pratique d'évaluation des **compétences expérimentales** (série S)
- Adaptation de l'épreuve orale de littérature étrangère en langue étrangère (série L)** selon les modalités définies en annexes I et II l'arrêté du 15 février 2012
- Adaptation de l'épreuve écrite d'histoire-géographie** (baccalauréat général) : à partir du même sujet, le candidat remplace l'exercice de réalisation d'un croquis ou d'un schéma d'organisation spatiale d'un territoire par une rédaction d'une page environ.
- Adaptation de l'épreuve écrite d'histoire-géographie** (séries STMG – ST2S) : dispense de la question sur croquis de la première partie de l'épreuve
- Adaptation de l'épreuve pratique de compétences expérimentales** (série STL) : choix de types de situations d'évaluation compatible avec la situation de handicap
- Demande de **dispense et d'adaptation** (*baccalauréat professionnel*) :
 - adaptation de l'épreuve obligatoire de langue vivante 1** et, le cas échéant, de l'épreuve obligatoire de langue vivante 2, selon les modalités définies en annexes III et IV de l'arrêté du 15 février 2012
 - dispense de l'épreuve obligatoire de langue vivante 2.**
- Adaptation de l'épreuve orale d'histoire des arts** (DNB) en fonction de la situation de handicap (notamment en limitant la liste à 3 objets d'étude)
- Autres mesures** jugées utiles par le médecin :
.....
.....
.....
.....
.....

CERTIFICAT MÉDICAL

Docteur :	Date de l'examen médical :
Spécialité :	Cachet et signature :
Adresse :	
..... Code postal :	
Ville :	
Téléphone :	

Document à renvoyer sous pli cacheté à l'établissement du candidat qui se chargera de le transmettre au médecin désigné par la CDAPH au plus tard pour le 13 décembre 2013