

AMÉNAGEMENT DES ÉPREUVES POUR LES CANDIDATS PRÉSENTANT UN HANDICAP

NOTE AUX CANDIDATS ISOLÉS

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 » à la page 4 du dossier de demandes d'aménagements 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, un bilan orthophonique 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... est joint obligatoirement.

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 30 novembre 2010**. 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 directement :

- **Pour les candidats résidant dans l'Aisne :**
Docteur Marie-Françoise PREVOT – Médecin
Conseiller Technique désigné par la MDPH
Inspection Académique de l'Aisne
Cité administrative - 02 018 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
Maison Départementale des Personnes
Handicapées de la Somme
Centre Administratif Départemental
1, boulevard du Port - 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 du médecin désigné par la Commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la MDPH qui étudie chaque dossier.

Le document que la MDPH envoie au domicile du candidat n'est qu'un avis. Seule vaut la décision finale d'aménagement qui est prise par le Rectorat et transmise à l'intéressé.

Un candidat n'ayant pas reçu de réponse deux mois avant la première épreuve doit immédiatement contacter son établissement afin de signaler la situation.

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 N'EST VALABLE QU'UNE ANNÉE.

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



Rectorat
Division
des Examens
et Concours

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

Cocher impérativement le diplôme concerné :

- BTS DCS DNB CFG BEP CAP MC
 BAC GEN BAC TECHN BAC PRO BP DELF

Série/S spécialité/Classe :

Option :

Le cas échéant, si évaluation(s) en CCF dès la première année de formation (diplômes professionnels), préciser la session d'examen concernée : 2011 2012

(attention : un nouveau dossier sera à déposer au cours de l'année de terminale)

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

NOM :

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 : Courriel :

CANDIDAT : CNED (inscription réglementée) CNED (inscription non réglementée) ISOLÉ

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

Précisez les mesures souhaitées (voir la liste page 4 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 :

Fait à le

Signature du responsable légal ou de l'élève majeur :

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 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*

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 :

NATURE DES SOINS – CONTRAINTES – TOLÉRANCE

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

AUTONOMIE

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

<i>Le candidat est capable de :</i>	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			
- faire sa toilette			

CONDITIONS PARTICULIÈRES SOUHAITÉES

- Temps de composition majoré d'un tiers pour les épreuves : Écrites Orales (*préparation et passation*)
 Pratiques Orales (*préparation uniquement*)
- Sortie de salle autorisée avec allongement des épreuves
au prorata des interruptions dans la limite d'un tiers de temps supplémentaire Oui Non
- Accessibilité des locaux, Oui Non
Précisions :
- Installation matérielle dans la salle d'examen, Oui Non
Précisions :
- Utilisation de machines ou de matériel technique ou informatique, Oui Non
Précisions :
- Assistance d'un secrétaire, Oui Non
Précisions :
- Assistant d'un spécialiste d'un mode de communication
pour les candidats déficients auditifs, Oui Non
Précisions :
- Utilisation de matériel d'écriture en Braille, Oui Non
Précisions :
- Adaptation dans la présentation des sujets, Oui Non
Précisions :
- Adaptation des sujets : En braille : Intégral Abrégé
Dictée fautive : Oui Non
- Conservation des notes délivrées à des épreuves ou des unités
(*dans la limite de 5 sessions, suivant la première session*) Oui Non
- Étalement sur plusieurs sessions du passage des épreuves Oui Non
- Demande de dispense de l'épreuve obligatoire de langue vivante 2
(*baccalauréat général et technologique*) Oui Non
- Demande de dispense de la partie « expression orale »
de l'épreuve obligatoire de langue vivante 1 des séries STG et ST2S Oui Non
- Communication orale ou écrite : Oui Non
Précisions :
- Possibilité de réponse écrite dans les épreuves orales : Oui Non
Précisions :
- Traductions écrites des sujets et des instructions : Oui Non
Précisions :
- Épreuve d'Éducation Physique et Sportive : Apte Aménagement Dispense
- Autres mesures jugées utiles par le médecin :

CERTIFICAT MÉDICAL

Docteur :

Spécialité :

Adresse :

..... Code postal :

Ville :

Téléphone :

Date de l'examen médical :

.....

Cachet et signature :