



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 :

Établissement fréquenté (nom et ville) :

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

<ul style="list-style-type: none"> - Temps de composition majoré d'un tiers pour les épreuves : <input type="checkbox"/> Écrites <input type="checkbox"/> Orales (<i>préparation et passation</i>) <input type="checkbox"/> Pratiques <input type="checkbox"/> Orales (<i>préparation uniquement</i>) - Sortie de salle autorisée avec allongement des épreuves au prorata des interruptions dans la limite d'un tiers de temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Accessibilité des locaux, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Installation matérielle dans la salle d'examen, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Utilisation de machines ou de matériel technique ou informatique, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Assistance d'un secrétaire, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Assistant d'un spécialiste d'un mode de communication pour les candidats déficients auditifs, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Utilisation de matériel d'écriture en Braille, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Adaptation dans la présentation des sujets, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : Adaptation des sujets : En braille : <input type="checkbox"/> Intégral <input type="checkbox"/> Abrégé Dictée fautive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Conservation des notes délivrées à des épreuves ou des unités (<i>dans la limite de 5 sessions, suivant la première session</i>) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Étalement sur plusieurs sessions du passage des épreuves <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Demande de dispense de l'épreuve obligatoire de langue vivante 2 (<i>baccalauréat général et technologique</i>) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Demande de dispense de la partie « expression orale » de l'épreuve obligatoire de langue vivante 1 des séries STG et ST2S <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Communication orale ou écrite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Possibilité de réponse écrite dans les épreuves orales : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Traductions écrites des sujets et des instructions : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions : - Épreuve d'Éducation Physique et Sportive : <input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Aménagement <input type="checkbox"/> 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 :

*Document à renvoyer sous pli cacheté à l'établissement du candidat
qui se chargera de le transmettre au médecin désigné par la CDAPH*



Rectorat
Division des Examens
et Concours

Cachet de l'établissement :

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT DU CANDIDAT

**DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ÉLÈVE
MIS EN PLACE DANS L'ÉTABLISSEMENT**

Nom du candidat : **Prénom :**

Date de naissance : Classe fréquentée :

Examen présenté :

Problématique de l'élève telle qu'identifiée par l'équipe enseignante :
(difficultés repérées en termes d'activités scolaires, déclinées éventuellement par discipline)

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

Existence d'un Projet d'Accueil Individualisé [PAI] ou d'un Projet Personnalisé de Scolarisation [PPS] ?

.....

Synthèse des aménagements mis en place :
(notamment dans le cadre des contrôles continus)

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

Avis du chef d'établissement sur la demande d'aménagement(s) sollicité(s) :
.....
.....
.....

Date et signature :

**Le dossier complet est à renvoyer par l'établissement du candidat
au médecin désigné par la CDAPH (cf. circulaire n° DEC 10-001)**