

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EPREUVES AUX EXAMENS (HORS BAC GT)**

organisés par la rectrice d'académie

Session 2021

Direction des Examens et  
Concours



**Les élèves de 1<sup>ère</sup> et de terminale des voies générales et technologiques préparant au Bac 2021-2022 ne sont pas concernés par ce formulaire. Merci de remplir le formulaire spécifique document 2.**

Les candidats ayant déjà bénéficié d'aménagements des épreuves au DNB 2019 peuvent solliciter la **reconduction à l'identique** quel que soit l'examen présenté pour la session 2021, en transmettant la notification correspondante à l'établissement d'inscription sans remplir ce formulaire.

- Première demande pour l'examen présenté  Déficient auditif  
 Demande complémentaire pour l'examen présenté (joindre la première décision d'aménagement)  Déficient visuel

**FORMULAIRE A RENSEIGNER AU PLUS TARD AVANT LA DATE LIMITE D'INSCRIPTION A L'EXAMEN**

**IDENTITE DU CANDIDAT**

NOM de famille du candidat : ..... NOM d'usage du candidat : .....  
Prénoms : ..... Date de naissance : ..... Sexe :  F  M  
Adresse : ..... Tél. : .....  
Adresse électronique : .....  
Nom et adresse du représentant légal (si différent) : .....  
Avez-vous un dossier à la maison des personnes handicapées (MDPH) ?  OUI  NON Si OUI, préciser le département de la MDPH : .....  
Le candidat/la famille doit compléter le formulaire et joindre toutes les pièces médicales nécessaires pour éclairer l'avis du médecin.

**EXAMEN PRESENTE**

**Examen présenté** : .....  
**Série/spécialité/option**  
(écrire en toutes lettres – pas de sigle) : .....  
**Classe** (ex : 3<sup>ème</sup>, 1<sup>ère</sup>, terminale, 1<sup>ère</sup> année de CAP...) .....  
Candidat :  individuel / CNED  
 scolarisé - précisez l'établissement scolaire fréquenté : .....

**AMENAGEMENT DE LA SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE OU DE L'ANNEE EN COURS**

- 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 .....

<b>I</b>	<b>AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S) PAR LE CANDIDAT</b>	<b>Codes cyclades</b>	<b>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</b> Aménagements mis en place pendant la scolarité ? <b>OUI/NON</b> Préciser.	<b>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</b>
----------	--	-----------------------	---	--

**Organisation du temps**

<b>1 - Majoration de temps pour les épreuves :</b> <input type="radio"/> <b>A</b> - 1/3 tps pour les épreuves écrites et pour préparation écrite des épreuves orales et pratiques, <input type="radio"/> <b>B</b> - 1/3 tps pour les épreuves orales, <input type="radio"/> <b>C</b> - 1/3 tps pour les épreuves pratiques	MH102 MH104 MH129 MH103 MH105	<b>Majoration de temps pour les épreuves :</b> <input type="radio"/> 1-A <input type="radio"/> 1-B <input type="radio"/> 1-C <input type="radio"/> Autre (à préciser) : .....
---	---	--

NOM du candidat :

Prénom :

<b>I</b> <b>AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S)            PAR LE CANDIDAT</b>	<u>Codes cyclades</u>	<b>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</b> Aménagements mis en place pendant la scolarité ? <b>OUI/NON</b> Préciser.	<b>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</b>
<input type="radio"/> <b>2 - Possibilité de se déplacer, de sortir, de faire une pause, de se restaurer et/ou faire des soins, avec temps compensatoire (dès la 1<sup>ère</sup> heure)</b>	MH118 MH608 MH121		<input type="radio"/> <b>2</b>  <input type="radio"/> Autre (à préciser) :

**Accès aux locaux et installation matérielle** (les aménagements relatifs à l'accès aux locaux et à l'installation matérielle ne pourront être accordés que si la configuration du centre d'examen le permet)

<b>3 - Locaux, installation de la salle (à préciser) :</b> <input type="radio"/> <b>A</b> – Accès facile aux sanitaires <input type="radio"/> <b>B</b> – proximité de l'infirmerie <input type="radio"/> <b>C</b> – accessibilité des locaux rdc avec accès direct ou non <input type="radio"/> <b>D</b> – conditions particulière d'éclairage à préciser : ..... <input type="radio"/> <b>E</b> – poste de travail ou mobilier adapté à préciser : ..... <input type="radio"/> <b>F</b> – salle à faible effectif	MH201 MH202 MH204  MH209  MH211  MH214		<input type="radio"/> <b>3-A</b> <input type="radio"/> <b>3-B</b> <input type="radio"/> <b>3-C</b> <input type="radio"/> <b>3-D</b> <input type="radio"/> <b>3-E</b> <input type="radio"/> <b>3-F</b>  Autre (à préciser) :
<input type="radio"/> <b>4 - Matériel particulier apporté par le candidat sauf ordinateur (à préciser) :</b>	MH403		<input type="radio"/> <b>4</b>  Autre (à préciser) :

**Aides techniques**

<b>5- Utilisation d'un ordinateur</b> <input type="radio"/> <b>A</b> – ordinateur du candidat <input type="radio"/> <b>B</b> – ordinateur du centre d'épreuve <input type="radio"/> <b>C</b> – utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe. A préciser :  Dans le cas d'utilisation de logiciels et de l'ordinateur du centre, il appartient au candidat d'apporter les logiciels et de demander leur installation.	MH413 MH414 MH405		<input type="radio"/> <b>5-A</b> <input type="radio"/> <b>5-B</b> <input type="radio"/> <b>5-C</b>
<b>6 - Mise en forme des sujets</b> <input type="radio"/> <b>A</b> – sujet en braille intégral <input type="radio"/> <b>B</b> – sujet en braille abrégé <input type="radio"/> <b>C</b> – sujet en caractères agrandis - arial 16 <input type="radio"/> <b>D</b> – sujet en caractères agrandis - arial 20 <input type="radio"/> <b>E</b> – sujet en format numérique (PDF uniquement) <input type="radio"/> <b>F</b> – <b>Dictée aménagée</b> (pour le DNB uniquement)	MH301 MH302 MH310 MH303 MH306  MH611		<input type="radio"/> <b>6-A</b> <input type="radio"/> <b>6-B</b> <input type="radio"/> <b>6-C</b> <input type="radio"/> <b>6-D</b> <input type="radio"/> <b>6-E</b> <input type="radio"/> <b>6-F</b>

NOM du candidat :

Prénom :

**Aides humaines**

<p><b>7 - Nom, prénom, qualité (AVS, enseignants...)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> <b>A</b> – secrétaire lecteur</p> <p><input type="radio"/> <b>B</b> – secrétaire scripteur (sauf pour la dictée)</p> <p><input type="radio"/> <b>C</b> – assistant (<i>préciser la nature de l'assistance</i>)</p>	<p>MH 512</p> <p>MH 517</p> <p>MH 501</p>		<p><input type="radio"/> 7-A</p> <p><input type="radio"/> 7-B</p> <p><input type="radio"/> 7-C</p>
---	---	--	--

<p><b>II AMENAGEMENT(S) SOLLICITE(S) PAR LE CANDIDAT</b></p> <p><b>Si la réglementation de l'examen le permet</b></p>	<p><u>Codes cyclades</u></p>	<p><b><u>A remplir obligatoirement par l'établissement du candidat</u></b></p> <p><b>(pour les candidats scolaires)</b></p> <p><b>La demande est-elle conforme à la réglementation ?</b></p>	<p><b><u>Réservé au médecin désigné par la CDAPH</u></b></p>
---	------------------------------	--	--

**Autres mesures**

<p><b>8 - Etalement du passage des épreuves :</b></p> <p><input type="radio"/> <b>A – la même année</b> (sauf pour les épreuves facultatives et les BTS)</p> <p>- Epreuves prévues en juin :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>- Epreuves prévues en septembre :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> <b>B – sur plusieurs sessions</b></p> <p><i>(préciser pour chaque session, l'intitulé exact des épreuves à passer) :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>MH610</p>		<p><input type="radio"/> 8-A</p> <p><input type="radio"/> 8-B</p>
<p><b>○ 9 – Conservation des notes inférieures à 10</b></p> <p>Epreuves déjà passées dont vous demandez la conservation des notes sur 5 ans (<i>préciser seulement les notes &lt; 10/20, l'année d'obtention, l'académie et fournir le relevé de notes</i>)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>MH609</p>		<p><input type="radio"/> <b>9 - Conservation des notes, même inférieures à 10/20, sur 5 ans :</b></p>
<p><b>○ 10 – Autres adaptation d'épreuves</b> si le règlement de l'examen le permet</p> <p><i>Préciser le type d'adaptation à l'exception des adaptations de sujets voir point 6 :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			<p><input type="radio"/> <b>10 Préciser l'épreuve et le type d'adaptation :</b></p>

**PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE : voir annexe**

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EPREUVES AUX EXAMENS (hors BAC GT)**

**Session 2021**

**(Récapitulatif - document 1)**

**A remplir obligatoirement par le candidat**

- Première demande pour l'examen présenté  
 Demande complémentaire pour l'examen présenté
- Déficient auditif  
 Déficient visuel

**NOM de famille du candidat :** ..... **NOM d'usage du candidat :** .....

**Prénoms :** ..... **Date de naissance :** ..... **Sexe :**  F  M

**Adresse :** .....

**Etablissement fréquenté :** ..... **Classe :** .....

**Examen présenté - série/spécialité/option :** .....  
(écrire en toutes lettres – pas de sigle)

**RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS  
SOLLICITES PAR LE CANDIDAT**

**RNE établissement :** .....

**Date de dépôt du dossier dans l'établissement  
scolaire :**

**Préciser impérativement le(s) numéro(s) des  
aménagement(s) demandés (exemple : 1-A/3-C/5-B/...) :**

.....

A....., le .....

Signature des parents ou du candidat majeur :

**Visa du chef d'établissement après contrôle de la  
conformité des pages 1, 2, 3 et 4**

A....., le .....

Signature et cachet du chef d'établissement :

**AVIS du médecin désigné par la CDAPH  
sur les aménagements demandés**

⇒ **Avis favorable** pour les numéros : .....

⇒ **Avis défavorable** pour les numéros : .....

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

- les pièces justificatives produites ne permettent pas d'émettre un avis favorable (n°.....)
- aucune pièce justificative n'a été jointe (n°.....)
- les aménagements demandés ne répondent pas aux difficultés alléguées (n°.....)
- la demande n'est pas conforme à la réglementation en vigueur pour le diplôme présenté (n°.....)
- autre motif (n°.....)

⇒ **Demande tardive**

- le handicap est révélé depuis la période d'inscription

A....., le .....

Nom, prénom du médecin : .....

Signature du médecin :

Tampon du médecin obligatoire

Observations : .....