



ÉDUCATION NATIONALE
ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET RECHERCHE

CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AMENAGEMENTS
DES CONDITIONS D'EXAMEN POUR UN ELEVE PRESENTANT UN HANDICAP
(décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005)

S'ASSURER AVANT L'ENVOI QUE TOUTES LES PIECES SUIVANTES SONT DANS LE DOSSIER

JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- ✓ Document 1 (identification et demande - 3 pages) complété par la famille.
- ✓ Document 2 complété par l'établissement scolaire.
- ✓ Les trois derniers bulletins scolaires.
- ✓ S'ils ont été rédigés, copie du PPS, PAI ou PPRE en cours.
- ✓ Certificat médical (sous pli cacheté) établi par un médecin ayant une bonne connaissance du handicap de l'élève et précisant :
 - * le diagnostic
 - * la gêne fonctionnelle
 - * les aménagements à prévoir pour le déroulement des épreuves
 - * la prise en charge en cours
- ✓ Pour les troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dyspraxie, dysphasie, trouble attentionnel....), joindre :
 - * original ou photocopie de bonne qualité de deux devoirs rédigés, **faits en classe et notés**.
 - * un bilan orthophonique **chiffré et argumenté de moins de 2 ans** (antécédents de retard de langage, durée du suivi orthophonique, âge lexical ou vitesse de lecture, épreuve de lecture de mots, épreuve d'orthographe (résultats en ET ou en pourcentage) et éventuellement :
 - * un bilan orthoptique,
 - * un bilan fait au centre de référence du langage
 - * un bilan psychométrique chiffré (QI)
 - * un bilan neuro-psychologique

JOINDRE EVENTUELLEMENT :

- ✓ Tout document que la famille juge utile pour l'instruction du dossier.
- ✓ Le document 3 complété par le médecin de l'éducation nationale.

LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS ETUDIES ET SERONT RETOURNES À LA FAMILLE

LA MISE EN PLACE D'AMENAGEMENTS AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE NE PREJUGE PAS DE L'ATTRIBUTION D'AMENAGEMENTS POUR L'EXAMEN TERMINAL.

DOCUMENT 1 : A REMPLIR PAR LA FAMILLE (1/3)

Demande d'aménagements des conditions d'examen pour un élève présentant un Handicap

(décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005)

Etablissement :	Classe :
Examen préparé :	

Elève :

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Adresse (si élève majeur)

Téléphone :

Adresse mèl :

Responsables légaux (si élève mineur)

PERE :

Nom, prénom :	Tél :
Adresse :	Mèl :

MERE :

Nom, prénom :	Tél :
Adresse :	Mèl :

(si différente du père)

TUTEUR

Nom, prénom :	Tél :
Adresse :	Mèl :

DOCUMENT 1 : A REMPLIR PAR LA FAMILLE (2/3)

Demande d'aménagements des conditions d'examen pour un élève présentant un Handicap

(décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005)

Renseignements concernant l'élève :

Nom prénom :

Etablissement scolaire :

Date de naissance :

Examen préparé :

Questionnaire concernant la scolarité :

* Quel type de difficultés scolaires présente l'élève ?

* Dans quelle classe a-t-il/elle présenté les premières difficultés scolaires ?

* A-t-il/elle redoublé, et quelle classe ?

* A-t-il/elle bénéficié d'aménagements pédagogiques ? Lesquels ? Dans quelles classes ?

* A-t-il/elle bénéficié de rééducation orthophonique, orthoptique, ergothérapique, et si oui, à quel âge et pendant quelle durée ?

* A-t-il/elle bénéficié d'un aménagement des conditions d'examen lors d'épreuves antérieures ?
- si oui précisez quel examen et à quelle date :

* A-t-il/elle un dossier à la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
Taux d'incapacité fixé par la CDAPH



ÉDUCATION NATIONALE
ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET RECHERCHE

Document 2 à remplir par l'établissement scolaire (1/1)

Demande d'aménagements des conditions d'examen pour un élève présentant un Handicap
(décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005)

Renseignements concernant l'élève :	
Nom, Prénom :	Etablissement scolaire :
Date de naissance :	Classe fréquentée :
	Examen préparé :
	Date des premières épreuves :

Les mesures particulières demandées pour l'examen sont-elles mises en place durant l'année scolaire ?
 oui non (préciser le(s) motif(s))

Un projet a-t-il été établi pour l'année en cours ? (PPS - PAI - PPRE - contrat d'aménagements pédagogiques) : précisez

L'élève utilise-t-il/elle l'outil informatique (traitement de texte ou logiciel spécifique) en classe ? : précisez

Avis du professeur principal - sur les difficultés rencontrées par l'élève :

- sur les aménagements demandés :

Avis du chef d'établissement :

Le Professeur principal
Madame Monsieur.....

Le Chef d'établissement
Madame Monsieur.....

Date et signature

Date et signature



ÉDUCATION NATIONALE
ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET RECHERCHE

Document 3 à remplir par le médecin scolaire le cas échéant (1/2)

A l'attention du médecin désigné par la CDAPH

Demande d'aménagements des conditions d'examen pour un élève présentant un Handicap

(décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005)

Renseignements concernant l'élève :

Nom, Prénom :

Etablissement scolaire :

Date de naissance :

Classe fréquentée :

Renseignements concernant la scolarité de l'élève :

Aménagements de la scolarité en fonction du handicap dans le cadre d'un : PAI PPS
Quels aménagements ?

DIAGNOSTIC clinique précis du HANDICAP : (en précisant les troubles associés)

Déficiência - incapacité - retentissement fonctionnel :

(en cas de dyslexie, préciser éventuellement les résultats du test de l'alouette : temps de lecture, nombre de mots lus, âge lexique)

Traitement ou type de PRISE en CHARGE (préciser date de début, durée) :

CONSEQUENCES du handicap sur la scolarité (redoublement, programme en 2 ans..) :

AVIS DU MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE

- FAVORABLE aux aménagements demandés par la famille
- NE RELEVE PAS D'AMENAGEMENTS
- AUTRES PROPOSITIONS (voir grille page suivante)

Date, nom, signature et cachet du médecin :



ÉDUCATION NATIONALE
ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET RECHERCHE

AVIS DU MEDECIN désigné par la CDAPH

Demande d'aménagements aux examens

Référence : Décret n° 2005 - 1617 du 21/12/2005 - BO. N° 3 du 19/01/2006

Cadre à remplir par la famille ou le candidat majeur

Nom du candidat : Prénom :

Date de naissance :

Nom, prénom, adresse des parents :

Etablissement scolaire :

Classe suivie :

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> DNB | <input type="checkbox"/> Certificat de formation générale | <input type="checkbox"/> BTS |
| <input type="checkbox"/> CAP | Spécialité : | <input type="checkbox"/> BT |
| <input type="checkbox"/> BEP | Spécialité : | <input type="checkbox"/> Mention complémentaire |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> Général Série : | <input type="checkbox"/> Brevet Professionnel |
| | <input type="checkbox"/> Technologique Série : | |
| | <input type="checkbox"/> Professionnel Spécialité : | <input type="checkbox"/> Diplômes éducation spécialisée |
| | <input type="checkbox"/> Epreuves anticipées Série : | DEME/DEES/DEETS |
| <input type="checkbox"/> Autre | | <input type="checkbox"/> Diplômes comptables : DCG/DSCG |

Le candidat a-t-il déjà déposé un dossier à la MDPH ? Oui Non

AVIS DU MEDECIN désigné par la CDAPH

Les éléments présentés par le candidat visé ci-dessus justifient la mise en œuvre d'aménagements particuliers pour les épreuves.

Majoration du temps d'épreuve tiers-temps

Pour une seule épreuve (laquelle ?)

Pour chaque épreuve écrite orale pratique

Pour la préparation des épreuves orales pratiques

Compensation du temps de sortie autorisée

Sorties accompagnées autorisées pendant l'épreuve : Soins à l'infirmerie autres (à préciser)

Accessibilité aux locaux : Précisez :

Installation matérielle :

Mobilier adapté Conditions particulières d'éclairage Salle particulière

Aide technique (à définir si besoin avec le service de soins)

Utilisation d'un ordinateur avec correcteur d'orthographe en dehors de l'épreuve de dictée

Utilisation d'un logiciel spécifique (à préciser) Calculatrice

Sujet et matériel d'écriture en braille abrégé Sujet transcrit en gros caractère avec contrastes :

intégral format A3

Sujet sur support numérique : Format Word « .doc » Arial 16

Format « .pdf » Arial 20

Aide humaine

Assistance d'un secrétaire pour écrire sous la dictée du candidat

Assistance d'une tierce personne pour

Installation Epreuve pratique Passage aux toilettes

Lecture des consignes et reformulation des termes du sujet en début d'épreuve

Déficience auditive

Enseignant spécialisé Orthophoniste Interprète LSF Codeur LPC

Déficience visuelle : enseignant spécialisé

Aménagement de l'épreuve

Adaptation de l'épreuve de dictée (uniquement pour le DNB) Adaptation d'une autre épreuve :

Dispense d'une épreuve (dans les conditions prévues par l'arrêté du Ministre chargé de l'Education nationale)

Epreuve obligatoire de LV2 (Bac général et technologique) Partie orale de l'épreuve obligatoire de LV 1 (Bac STG)

Handicap reconnu au titre de l'article L114 du code de l'action sociale et des familles

Conservation de notes Étalement sur plusieurs sessions du passage des épreuves

Aménagement à prévoir jusqu'à l'obtention du diplôme préparé

Date, nom, signature et cachet du Médecin

1 exemplaire à adresser au service organisateur de l'examen



ÉDUCATION NATIONALE
ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET RECHERCHE

AVIS DU MEDECIN désigné par la CDAPH

Demande d'aménagements aux examens

Référence : Décret n° 2005 - 1617 du 21/12/2005 - BO. N° 3 du 19/01/2006

Cadre à remplir par la famille ou le candidat majeur

Nom du candidat : Prénom :

Date de naissance :

Nom, prénom, adresse des parents :

Etablissement scolaire :

Classe suivie :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> DNB | <input type="checkbox"/> Certificat de formation générale | <input type="checkbox"/> BTS |
| <input type="checkbox"/> CAP Spécialité : | | <input type="checkbox"/> BT |
| <input type="checkbox"/> BEP Spécialité : | | <input type="checkbox"/> Mention complémentaire |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Général Série : | | <input type="checkbox"/> Brevet Professionnel |
| | <input type="checkbox"/> Technologique Série : | |
| | <input type="checkbox"/> Professionnel Spécialité : | <input type="checkbox"/> Diplômes éducation spécialisée
DEME/DEES/DEETS |
| | <input type="checkbox"/> Epreuves anticipées Série : | <input type="checkbox"/> Diplômes comptables : DCG/DSCG |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |

Le candidat a-t-il déjà déposé un dossier à la MDPH ? Oui Non

AVIS DU MEDECIN désigné par la CDAPH

Dossier refusé car:

- Incomplet
- Hors délais
- Les éléments présentés par le candidat visé ci-dessus ne justifient pas d'aménagement d'épreuves
(Motiver obligatoirement ci-dessous)

MOTIVATION DE L'AVIS

Date, nom, signature et cachet du Médecin

1 exemplaire à adresser au service organisateur de l'examen



ÉDUCATION NATIONALE

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET RECHERCHE

Coordonnées des services réceptionnant les demandes des candidats

- Pour le département de l'Aude :
Inspection Académique de l'Aude
A l'attention du Médecin – Conseiller technique
56, avenue du Docteur Goût
11 000 CARCASSONNE

- Pour le département de la Lozère :
Inspection académique de la Lozère
A l'attention du Médecin – Conseiller technique
Rue de la Chanteronne
48 001 MENDE Cedex

- Pour le département du Gard :
MDPH du Gard – Aménagements d'examens
Parc Georges Besse
115-116 allée Norbert Wiener
30 000 NIMES

- Pour le département de l'Hérault :
MDPH de l'Hérault
59, avenue de Fès
Bâtiment B
BP 7353
34 086 MONTPELLIER cedex 4

- Pour le département des Pyrénées Orientales :
Inspection Académique des Pyrénées Orientales
A l'attention du Médecin – Conseiller technique
45 avenue Jean Giraudoux BP 71080
66 103 PERPIGNAN