

CANDIDATS HANDICAPES

DEMANDE D'AMENAGEMENT D'ÉPREUVES

A l'examen de : DNB série :
 CAP spécialité :
 BEP spécialité :
 CFG

NOM : PRENOM :

Date de Naissance :

ORIGINE : CANDIDAT SCOLARISE CANDIDAT LIBRE

Pour les candidats scolarisés, préciser le nom de l'établissement fréquenté :

SEXE : M F

ADRESSE PERSONNELLE :

Téléphone : Père :

Mère :

Le dossier médical sera joint sous pli cacheté au nom du médecin de la
 C.D.A.P.H., agrafé au présent imprimé dûment complété, et transmis à :

IA84 - 49 rue Thiers - 84077 AVIGNON Cedex 04 – Pôle Académique du DNB

IA13 - 28 Bd Ch Nédélec – 13231 MARSEILLE Cedex 1 – DE2

Pôle académique BEP/CAP

- Par l'intermédiaire du chef d'établissement pour les candidats scolarisés
- Directement pour les candidats libres

INSTRUCTIONS MPORTANTES

Tous les candidats devront fournir :

- le présent imprimé dûment complété (cadre réservé au candidat)
- un dossier médical complet spécifiant la nature du handicap. **Le visa du médecin scolaire est obligatoire pour les élèves des établissements publics.**

En fonction de la nature du handicap, les pièces suivantes seront fournies :

➤ POUR LES HANDICAPES VISUELS

Joindre un certificat médical établi par un ophtalmologiste qualifié précisant :

- ❖ l'acuité visuelle après correction
 - de près
 - de loin
 - ❖ les troubles associés
 - ❖ le mode de lecture utilisé
 - ❖ les aides techniques nécessaires
- { nystagmus
 albinisme
 { atteinte du champ visuel
 vision binoculaire
 etc ...
 { matérielles
 humaines

➤ POUR LES HANDICAPES AUDITIFS

Joindre un certificat médical établi par un oto-rhino-laryngologiste qualifié, accompagné d'un audiogramme tonal récent et précisant le mode de communication habituellement utilisé.

➤ POUR LES HANDICAPES MOTEURS

Joindre un certificat médical établi par un spécialiste consultant (orthopédiste, neurologue, médecin de rééducation fonctionnelle) précisant :

- ❖ L'atteinte fonctionnelle détaillée touchant les membres supérieurs, ainsi que la nécessité d'utiliser un matériel technique (machine à écrire, etc...) et/ou une assistance,
- ❖ L'atteinte fonctionnelle des membres inférieurs, détaillant également le mode de locomotion utilisé (fauteuil, cannes, appareillage orthopédique, etc...).

➤ POUR LA DYSLEXIE

Joindre un certificat médical, un bilan orthophonique de moins de 2 ans, le dernier bulletin scolaire et un devoir de français fait en classe.

➤ POUR LES AUTRES HANDICAPS

Joindre un certificat médical établi par un médecin spécialiste précisant la nature du handicap et ses conséquences.

NOM : PRENOM :

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT (le cas échéant par son représentant légal)

- VISUEL Amblyope léger Amblyope profond Aveugle
 AUDITIF
 TROUBLES SPECIFIQUES DES APPRENTISSAGES
 MOTEUR
 AUTRE

1- Avez-vous fait une demande à la C.D.A.P.H ?

OUI NON Date :

2. L'élève bénéficie-t-il d'un PPS ?

3. L'élève bénéficie-t-il d'un PAI Dys. ?

4. Aménagements sollicités pour les épreuves autres que l'EPS – Cocher dans le tableau les cases utiles :

A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT ET LE MEDECIN SCOLAIRE (candidats scolarisés)

Le candidat bénéficie-t-il en cours d'année d'aménagements spéciaux ? OUI NON

Avis quant aux mesures sollicitées par le candidat : FAVORABLE DEFAVORABLE

MOTIF :

Signatures du chef d'établissement et du médecin scolaire A Le

MESURES POSSIBLES		MESURES SOUHAITEES		MESURES RETENUES PAR LA C.D.A.P.H	<u>A REMPLIR PAR LE MEDECIN DESIGNÉ PAR LA C.D.A.P.H</u>
Types de mesures	Types de handicap	Epreuves écrites et pratiques	Epreuves orales		
Temps de composition majoré d'un tiers	<input type="checkbox"/> VISUEL <input type="checkbox"/> MOTEUR <input type="checkbox"/> AUDITIF <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Je soussigné, NOM : Prénom : Médecin désigné par la C.D.A.P.H certifie que le candidat susnommé, doit bénéficier des mesures retenues ci-contre : A Le Cachet et signature En cas d'avis défavorable motivation indispensable
Accessibilité des locaux	MOTEUR	<input type="checkbox"/> OUI Mesures : <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Utilisation d'une machine* <input type="checkbox"/> machine à écrire <input type="checkbox"/> micro-ordinateur <input type="checkbox"/> matériel spécifique (logiciel)	<input type="checkbox"/> MOTEUR (si le handicap rend impossible l'écriture manuelle) <input type="checkbox"/> VISUEL <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Présentation des sujets	VISUEL	Choix possibles : <input type="checkbox"/> braille intégral <input type="checkbox"/> braille abrégé <input type="checkbox"/> gros caractères A3 141%	Choix possibles : <input type="checkbox"/> braille intégral <input type="checkbox"/> braille abrégé <input type="checkbox"/> gros caractères A3 141%	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	AUDITIF	<input type="checkbox"/> Assistance d'un spécialiste en LSF ou LPC	<input type="checkbox"/> Assistance d'un spécialiste en LSF ou LPC	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Composition du candidat sur sa copie	VISUEL	Choix possibles : - braille intégral - braille abrégé - gros caractère A3 141%		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	AUDITIF	<input type="checkbox"/> Dictée fautive (choix multiples)		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Epreuves orales avec réponses écrites	<input type="checkbox"/> MOTEUR (si le handicap rend impossible l'expression orale) <input type="checkbox"/> AUDITIF <input type="checkbox"/> AUTRE		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Assistance d'une secrétaire pendant l'épreuve	<input type="checkbox"/> MOTEUR (si le handicap rend impossible l'expression orale) <input type="checkbox"/> AUTRE			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Assistance d'un spécialiste de : ** <input type="checkbox"/> LSF <input type="checkbox"/> Français signé <input type="checkbox"/> Lecture labiale : <input type="checkbox"/> Avec LPC <input type="checkbox"/> Sans LPC	AUDITIF	<input type="checkbox"/> LSF <input type="checkbox"/> Français signé <input type="checkbox"/> Lecture labiale : <input type="checkbox"/> Avec LPC <input type="checkbox"/> Sans LPC	<input type="checkbox"/> LSF <input type="checkbox"/> Français signé <input type="checkbox"/> Lecture labiale : <input type="checkbox"/> Avec LPC <input type="checkbox"/> Sans LPC	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Assistance d'un spécialiste ou d'un enseignant **	VISUEL	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SIGNATURE DU CANDIDAT ou DE SON REPRESENTANT LEGAL

* A fournir par le candidat dans le cas où le centre d'examen ne met pas le matériel à sa disposition

** A confirmer par le médecin scolaire

LE à