

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT DES ÉPREUVES AUX EXAMENS
POUR LES CANDIDATS PRÉSENTANT UN HANDICAP OU UN TROUBLE DE SANTÉ
INVALIDANT

UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS DES CENTRES ETRANGERS

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

Seuls les aménagements conformes au règlement de l'examen sont possibles

IDENTITÉ DU CANDIDAT

NOM de naissance : NOM usuel :

Prénoms : Date de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M

Adresse :

..... Tel :

Adresse électronique :

Nom et adresse du représentant légal (si différent) :

.....

EXAMEN PRÉSENTÉ – SESSION 2027

Examen présenté :

Série/spécialité :

Classe (ex : 3ème, 1ère, terminale...) :

Candidat :

☐ Individuel

☐ CNED

☐ Scolarisé - précisez l'établissement scolaire fréquenté

=> RNE et nom de l'établissement :

.....

AMÉNAGEMENTS DE SCOLARITÉ DE L'ANNÉE EN COURS

L'élève a-t-il un dossier à la MDPH ? ☐ OUI ☐ NON

L'élève bénéficie-t-il d'un AESH ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : Joindre obligatoirement la notification du médecin.

Déficient visuel ☐ OUI ☐ NON

Déficient auditif ☐ OUI ☐ NON

PROCÉDURE SIMPLIFIÉE : Si les aménagements demandés correspondent au PAP, PAI, PPS en cours de cycle

➤ ☐ Projet d'Accueil Individualisé (PAI) Établi en classe de

☐ Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) Établi en classe de

☐ Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) Établi en classe de

➤ **PROCÉDURE COMPLETE : Fournir obligatoirement un bilan ou un certificat médical détaillé récent (diagnostic, traitement et symptômes)**

☐ Ne dispose d'aucun aménagement sur le temps scolaire.

☐ Dispose d'aménagements sur le temps scolaire dans le cadre d'un PAP, PAI, PPS **non valide** pour le cycle en cours

☐ Dispose d'aménagements sur le temps scolaire dans le cadre d'un PAP, PAI, PPS **valide** pour le cycle en cours **mais souhaite des aménagements complémentaires.**

Aménagement(s) sollicité(s) par le candidat ou son représentant légal (si mineur)	Aménagements mis en place pendant la scolarité du candidat ? À remplir <u>obligatoirement</u> par l'équipe pédagogique.	Avis du médecin désigné par l'autorité consulaire
Organisation du temps		
☐ 1A - 1/3 de temps pour les épreuves écrites	1A OUI ☐ NON ☐	☐ 1A MH102
☐ 1B - 1/3 de temps pour la passation des épreuves orales	1B OUI ☐ NON ☐	☐ 1B MH103
☐ 1C - 1/3 de temps pour la préparation des épreuves orales	1C OUI ☐ NON ☐	☐ 1C MH104
☐ 1D - 1/3 de temps pour la préparation des épreuves pratiques	1D OUI ☐ NON ☐	☐ 1D MH129
☐ 1E - 1/3 tps pour les épreuves pratiques	1E OUI ☐ NON ☐	☐ 1E MH105
☐ 1F - 1/2 de temps pour les épreuves écrites pour situation exceptionnelle	1F OUI ☐ NON ☐	☐ 1F MH135
☐ 1G - 1/2 de temps pour la passation des épreuves orales pour situation exceptionnelle	1G OUI ☐ NON ☐	☐ 1G MH136
☐ 1H - 1/2 de temps pour la préparation des épreuves orales pour situation exceptionnelle	1H OUI ☐ NON ☐	☐ 1H MH137
☐ 1I - 1/2 de temps pour les épreuves pratiques pour situation exceptionnelle	1I OUI ☐ NON ☐	☐ 1I MH138
☐ 2A - Temps compensatoire pour soin, sortir de la salle (accompagné) dans la limite d'1/3 de temps	2A OUI ☐ NON ☐	☐ 2A MH139
☐ 2B - Possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soins)	2B OUI ☐ NON ☐	☐ 2B MH121
Accès aux locaux et installation matérielle		
☐ 3A - Accès facile aux sanitaires	3A OUI ☐ NON ☐	☐ 3A MH201
☐ 3B - Proximité de l'infirmerie	3B OUI ☐ NON ☐	☐ 3B MH202
☐ 3C - Accessibilité PMR	3C OUI ☐ NON ☐	☐ 3C MH219
☐ 3D - Position pour lecture labiale	3D OUI ☐ NON ☐	☐ 3D MH208
☐ 3E - Conditions particulières d'éclairage (à préciser)	3E OUI ☐ NON ☐	☐ 3E MH209
☐ 3F - Poste de travail ou mobilier adapté (à préciser)	3F OUI ☐ NON ☐	☐ 3F MH211
☐ 3G - Seul dans une salle pour situation exceptionnelle	3G OUI ☐ NON ☐	☐ 3G MH220
☐ 3H - Salle à faible effectif (sous réserve de la configuration des locaux)	3H OUI ☐ NON ☐	☐ 3H MH221
Aides techniques		
☐ 4A - Port par le surveillant d'un système Haute Fréquence	4A OUI ☐ NON ☐	☐ 4A MH401
☐ 4B - Autorisation de la calculatrice (simple, non programmable et sans mémoire)	4B OUI ☐ NON ☐	☐ 4B MH402
☐ 4C - Utilisation de matériel particulier apporté par le candidat	4C OUI ☐ NON ☐	☐ 4C MH419
☐ 4D - Matériel spécifique pour les candidats déficients visuels	4D OUI ☐ NON ☐	☐ 4D MH420
☐ 4E - Utilisation du correcteur d'orthographe - hors connexion internet (sauf pour l'épreuve de réécriture et de dictée)	4E OUI ☐ NON ☐	☐ 4E MH404 ou MH415
☐ 4F - Utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe et hors connexion internet	4F OUI ☐ NON ☐	☐ 4F MH405
☐ 4G - Utilisation de l'ordinateur ou de la tablette du candidat (hors connexion internet) et proximité des prises de courant	4G OUI ☐ NON ☐	☐ 4G MH421
☐ 4H - Utilisation de l'ordinateur du centre d'épreuves (hors connexion internet) et proximité des prises de courant	4H OUI ☐ NON ☐	☐ 4H MH422
☐ 4I - Utilisation de l'ordinateur ou de la tablette du candidat et proximité des prises de courant (logiciels candidat en situation de handicap visuel)	4I OUI ☐ NON ☐	☐ 4I MH424
Adaptation Sujets		
☐ 5A - Sujets en braille intégral	5A OUI ☐ NON ☐	☐ 5A MH301
☐ 5B - Sujets en braille abrégé	5B OUI ☐ NON ☐	☐ 5B MH302
☐ 5C - Sujets en caractères agrandis - arial 16	5C OUI ☐ NON ☐	☐ 5C MH310
☐ 5D - Sujets en caractères agrandis - arial 20	5D OUI ☐ NON ☐	☐ 5D MH303
☐ 5E - Sujets en caractères agrandis - arial 24	5E OUI ☐ NON ☐	☐ 5E MH316
☐ 5F - Sujets en format numérique non modifiable	5F OUI ☐ NON ☐	☐ 5F MH317

RÉCAPITULATIF DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

AMÉNAGEMENTS SOLLICITÉS PAR LE CANDIDAT

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature du (ou des) représentant(s) légal(-aux) pour le candidat mineur et/ou du candidat majeur, qui atteste que cette demande d'aménagements d'examen est faite par ses soins et en pleine responsabilité :

SIGNATURE DE L'ÉTABLISSEMENT

RNE établissement :

Nom et prénom du chef d'établissement après avoir complété la colonne centrale :

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature et cachet du chef d'établissement :

AVIS du médecin désigné par l'autorité consulaire

Cette colonne est réservée à l'avis du médecin

⇒ 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
- ☐ L'absence de pièces médicales ne permet pas d'émettre un avis favorable
- ☐ La demande n'est pas conforme à la réglementation en vigueur pour le diplôme présenté
- ☐ Les aménagements demandés n'ont pas été mis en place pendant la scolarité
- ☐ Autre motif

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature et tampon du médecin :