

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EPREUVES AUX EXAMENS POUR LES
CANDIDATS PRESENTANT UN HANDICAP**

*FORMULAIRE A REMPLIR
PAR LE CANDIDAT OU SON REPRESENTANT LEGAL*

SESSION 2018

EXAMEN :classe..... SERIE/SPECIALITE :.....

NOM (en lettres capitales) et Prénoms du candidat :

.....

Date de naissance :/...../.....

NOM des responsables légaux (pour les candidats mineurs) :

Adresse :

.....

.....

Adresse électronique :@.....

Tél. :.....

Etablissement fréquenté (pour les candidats scolarisés) :.....

.....

Le candidat est-il suivi par la MDPH ? Oui Non

Un PPS a-t-il été mis en place ? Oui Non

Un PAI a-t-il été mis en place ? Oui Non

Un PAP a-t-il été mis en place ? Oui Non

Si oui merci de joindre le document à votre demande

L'élève a-t-il bénéficié de mesures particulières pour un autre examen ou concours ?

Non Oui Préciser : quel examen et quels aménagements ? (joindre éventuellement la photocopie de la décision).....

Je, soussigné(e),.....sollicite :

les aménagements d'épreuves suivants :

Liste donnée à titre informatif : le médecin, au regard du dossier médical, peut ne pas donner suite à tout ou partie des aménagements mentionnés.

.....

.....

.....

l'étalement du passage de l'examen sur plusieurs sessions (préciser les modalités souhaitées)

.....

.....

la conservation de notes (mesures réservées aux candidats ayant échoué à l'examen, sous réserve de la réglementation de chaque diplôme) (préciser discipline et notes obtenues)

.....

.....

A.....le.....

Signature du candidat (ou du représentant légal si le candidat est mineur)

**INFORMATIONS PEDAGOGIQUES SUR LE DEROULEMENT DE LA SCOLARITE
ANNEE SCOLAIRE 2017/2018**

EXAMEN :**SERIE/SPECIALITE :**

NOM – PRENOM DU CANDIDAT :

Date de naissance :/...../.....

Etablissement fréquenté (pour les candidats scolarisés) :

Pour les candidats scolarisés, le chef d'établissement, en lien avec le professeur principal et/ou les professeurs concernés, atteste les difficultés rencontrées par le candidat et les mesures particulières mises en œuvre durant l'année scolaire.

DIFFICULTES RENCONTREES

Coter 0=pas de difficultés à 4=difficultés majeures

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En lecture de textes ou d'énoncés | <input type="checkbox"/> En expression orale |
| <input type="checkbox"/> En lecture d'images, cartes, figures | <input type="checkbox"/> En compréhension du texte lu |
| <input type="checkbox"/> En logique, raisonnement | <input type="checkbox"/> En langue vivante |
| <input type="checkbox"/> Pour finir les contrôles dans les délais impartis | |
| <input type="checkbox"/> Pour fournir un travail écrit (fatigabilité, écriture peu pas lisible, difficultés en production ou en copie) | |
| <input type="checkbox"/> Pour orthographier même les mots courants (Erreurs, écriture phonétique) | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

MESURES MISES EN PLACE :

Dans le cadre d'un PAI Dans le cadre d'un PPS Dans le cadre d'un PAP Autre Cadre

Aménagement du temps

Préciser.....

Mode d'évaluation

Préciser.....

Aide à la prise de note

Secrétaire lisant les consignes secrétaire écrivant sous la dictée de l'élève

Préciser.....

Utilisation d'un ordinateur en classe (*préciser éventuellement les logiciels habituellement utilisés*).....

Photocopies des cours

Oralisation des consignes, devoirs écrits transformés en interrogation orale

Dictée aménagée :

Autres *Préciser.....*

AUTRE AIDES

Aide humaine (*préciser les activités incombant à l'AESH*).....

Matériel adapté.....

Services de soins. *Préciser.....*

L'élève a-t-il bénéficié de mesures particulières pour un autre examen ou concours ?

non oui, lesquelles.....

A.....le.....

Signature du chef d'établissement

**INFORMATIONS POUR UNE DEMANDE D'AMENAGEMENT AUX EXAMENS :
A REMPLIR PAR LA FAMILLE OU PAR L'ELEVE MAJEUR****Informations relatives au candidat****NOM :****Prénom :****Date de naissance :**

Adresse et téléphone :

Adresse mail de l'élève majeur ou des parents:

Examen préparé :

Niveau de classe :

Etablissement scolaire :

Ville de l'établissement :

DIAGNOSTIC DU HANDICAP OU DE LA PATHOLOGIE pour lequel vous demandez l'aménagement des examens :**Autres antécédents médicaux :****Service hospitalier, de soins ou professionnel qui suit l'élève :**

- Si demandes d'aménagements antérieures, **quels examens**

Accord ? Oui Non **Si oui, fournir la notification du service des examens**

- **Redoublements** pendant la scolarité : Oui Non Si oui, quelle(s) classe(s) :

- **Scolarité particulière** dans le parcours : à préciser : lieu et durée (CLIS, ULIS, établissement spécialisé, CNED, AVS, autres)

- **Suivi orthophonique** : Oui Non Si oui, à quelle fréquence :
Depuis quel âge et jusqu'à quel âge :

- Votre enfant a-t-il eu **un retard de langage** pendant la petite enfance : Oui Non

- Aménagements dans l'établissement :

- **professeurs informés** de la pathologie/handicap : Oui Non Ne sait pas

- **aménagement des contrôles et devoirs sur table** : Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser comment :

- **matériel adapté** mis en place : Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser lequel :

- **autres aménagements** mis en place par l'équipe pédagogique:

Si oui, préciser lesquels :

- **Présence d'un AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire)** attaché à l'élève : Oui Non

- **PAI Projet d'Accueil Individualisé** : Oui (si oui, fournir copie) Non

- **PPS Projet Personnalisé de Scolarité** : Oui (si oui, fournir copie) Non

- **PAP Plan d'Accompagnement Personnalisé** : Oui (fournir copie) Non

- **Avez-vous rencontré le médecin scolaire** : Oui Non Quand ?

- **Dossier MDPH** : Oui Non pour quel motif

- **Difficultés rencontrées (à décrire)** :



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Val-de-Marne



Liberté • Égalité • Fraternité
République Française

DEMANDE D'AMENAGEMENTS AUX EXAMENS

Fiche complémentaire de renseignements médicaux

A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT (de préférence spécialiste)

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : / /

NOM ET FONCTION DU MEDECIN QUI REMPLIT CE FORMULAIRE :

Coordonnées du médecin :

- Diagnostic du handicap/pathologie invalidante :

- Pathologies associées :

- Antécédents médicaux :

- Description clinique actuelle :

- Traitement, soins et prises en charge :

- Retentissement fonctionnel dans le cadre de la scolarité et si besoin, les aides à mettre en place pour les examens:

Joindre tous les documents permettant d'évaluer la situation qui fait l'objet de la demande d'aménagement aux examens (comptes-rendus médicaux, audiogrammes, bilan ophtalmologique, bilan radiologiques, analyses médicales, autres bilans).

Date :

Nom, CACHET et signature du médecin



académie
Créteil

direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Val-de-Marne



DEMANDE D'AMENAGEMENTS AUX EXAMENS

BILAN ORTHOPHONIQUE POUR TROUBLES DU LANGAGE ORAL ET/OU LANGAGE ECRIT

Bilan daté de moins de 2 ans
pour être recevable.
Nom et coordonnées orthophoniste :

FICHE SYNTHETIQUE DE BILAN ORTHOPHONIQUE

Ce document a pour but de mieux cerner le niveau de difficulté de l'élève et permet l'évaluation de la demande d'aménagements aux examens.

Pour chaque item, veuillez préciser le test utilisé et donner un résultat précis chiffré en **écart type** (déviations standards par rapport à l'âge ou au niveau de classe).

NOM de l'élève :

PRENOM :

Age au moment du test:

Antécédents et anamnèse :

Date du bilan :		Nom du test	Résultats chiffrés étalonnés en écart type	Remarques qualitatives
LECTURE	Test de vitesse de lecture			
	Test de compréhension de lecture			
	Epreuves de lecture de mots, non mots ou mots irréguliers			
ORTHOGRAPHE	Orthographe d'usage			
	Orthographe grammaticale			
	Chrono dictée			
LANGAGE ORAL	Fluence verbale			
	Phonologie			
	Mémoire de travail			
SI BESOIN PRECISER	- attention - hyperactivité - graphisme - troubles praxiques - autres			

Vos remarques :

Signature et CACHET de l'orthophoniste