

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

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

**SESSION 2019**

**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 2018/2019**  
**A REMPLIR UNIQUEMENT PAR LE PROFESSEUR PRINCIPAL**

**EXAMEN :** .....**SERIE/SPECIALITE :** .....

**NOM – PRENOM DU CANDIDAT :** .....

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

Etablissement fréquenté:.....

*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. - JOINDRE UNE COPIE DES TROIS DERNIERS BULLETINS SCOLAIRES -*

**DIFFICULTES RENCONTREES**      Coter 0=pas de difficulté à 4=difficultés majeures  
**En précisant si cette cotation intègre les aménagements mis en place  Oui  Non**

	0	1	2	3	4
En expression orale					
En lecture de textes ou d'énoncés					
En lecture d'images, cartes, figures					
En compréhension du texte lu					
En logique, raisonnement					

	0	1	2	3	4
Pour finir les contrôles dans les délais impartis					
Pour fournir un travail écrit (fatigabilité, écriture peu pas lisible, difficultés en production ou en copie)					
Pour orthographier même les mots courants (Erreurs, écriture phonétique)					
Autres : .....					

**AUCUN AMENAGEMENT** (élève n'ayant jamais signalé une situation de handicap)

**AMENAGEMENTS EFFECTIVEMENT MIS EN PLACE** : dans le cadre  d'un PAI     d'un PPS  
 d'un PAP     Autre :

- 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 pour quelles matières .....
- Utilisation d'un ordinateur en classe préciser si  ordinateur du centre     ordinateur de l'élève  
Préciser pour quelle(s) matière(s), (si logiciels, lesquels habituellement).....
- 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'AVS).....
- Matériel adapté Préciser.....
- Autres Préciser.....

**L'élève a-t-il bénéficié de mesures particulières pour un autre examen ou concours ?**  
 non     oui, lesquelles.....

Coordonnées de la personne dans l'établissement susceptible d'être contactée par le médecin désigné par la CDAPH pour des renseignements complémentaires :

Nom : ..... Fonction.....

Tél : ..... mail : .....

Fait à.....le.....  
 Signatures et tampon du chef d'établissement et du professeur principal

**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



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



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 étalonés en écart type	Remarques qualitatives
<b>LECTURE</b>	Test de vitesse de lecture			
	Test de compréhension de lecture			
	Epreuves de lecture de mots, non mots ou mots irréguliers			
<b>ORTHOGRAPHE</b>	Orthographe d'usage			
	Orthographe grammaticale			
	Chrono dictée			
<b>LANGAGE ORAL</b>	Fluence verbale			
	Phonologie			
	Mémoire de travail			
<b>SI BESOIN PRECISER</b>	- attention - hyperactivité - graphisme - troubles praxiques - autres			

**Vos remarques :**

**Signature et CACHET** de l'orthophoniste